



BACHELORARBEIT

Milita Uka

**Ärztliche Versorgung in
Altenpflegeheimen**

2013

BACHELORARBEIT

Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen

Autorin:
Milita Uka

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM10w2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Prof. Dr. med. Johannes Schröder

Einreichung:
Mannheim, 18.07.2013

BACHELOR THESIS

Medical care in nursing homes

author:
Milita Uka

course of studies:
Health Management

seminar group:
GM10w2-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Prof. Dr. med. Johannes Schröder

submission:
Mannheim, 18.07.2013

Bibliografische Angaben

Uka, Milita

Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen

Medical care of nursing homes

66 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2013

Abstract

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen. Hierbei wird insbesondere thematisiert, inwieweit die haus- oder fachärztliche Versorgung der Patienten in Altenheimen ausreichend oder verbesserungswürdig ist.

Neben den relevanten Schnittstellen, die in Verbindung mit den behandelnden Ärzten stehen, wird auch auf die Einflussfaktoren eingegangen, welche die medizinische Therapie beeinflussen sowie erschweren können.

Unter Verwendung fachlicher sowie alltäglicher Begrifflichkeiten werden Problemstellungen aufgezeigt und mittels wissenschaftlicher Studien diskutiert. Die Bewertung einer medikamentösen Therapie von Haus- und Fachärzten wird am Beispiel der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft aufgezeigt.

Eine fachgerechte Behandlung der Patienten findet in perspektivischen Zukunftsaussichten sowie Handlungsempfehlungen Ihre Zusammenfassung.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
1.1. Einführung mittels graphischer Darstellung	3
1.2. Problemstellung und Zielsetzung	4
2. Versorgung älterer Menschen in Altenpflegeheimen.	5
2.1. Pflegerische Versorgung	8
2.2. Einführung und Aufgabe des Pflegemanagements	9
2.3. Schnittstellen ärztliche und pflegerische Versorgung	11
2.4. Ärztliche-geriatriische Versorgung	13
3. Relevante geriatriische Krankheitsbilder	15
3.1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	16
3.2. Stoffwechselerkrankungen	18
3.3. Neurologische Erkrankungen	21
3.3.1. Demenz	22
3.3.2. Psychische Erkrankungen	26
3.4. Altersspezifische Erkrankungen des Bewegungsapparates	27
4. Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen	29
4.1. Qualitätsstandards in der Versorgung	30
4.1.1. Standardpflegeplan	31
4.1.2. Leitlinien	33
4.2. Hausärztliche Versorgung	35
4.3. Fachärztliche Versorgung	36
4.4. Gerontopsychiatrische Versorgung	38
4.5. Vergleich hausärztlich-geriatriische- und gerontopsychiatrische Versorgung	39
4.6. Am häufigsten verschriebene Medikamente im Alter	40

5. Vergleich medikamentöser hausärztlicher und medikamentöser psychiatrischer Versorgung am Beispiel der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft	44
5.1. Medikamentöse Therapie durch Hausärzte	46
5.2. Medikamentöse Therapie durch den Psychiater	49
5.3. Vergleich beider Fachgruppen	53
5.4. Expertenbefragung	56
5.5. Ergebnis der Expertenbefragung	58
6. Erfolgsfaktoren, Handlungsempfehlungen und Zukunftsperspektiven	64
6.1. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen	64
6.2. Zukunftsperspektiven	66
Literatur- und Quellenverzeichnis	67
Anhang	76
Anlagenverzeichnis	77
Eigenständigkeitserklärung	89

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis hin zum Jahr 2050	2
Abb. 2: Einführung mittels graphischer Darstellung	3
Abb. 3: Veränderte Nation, Herausforderung Altersstruktur: Wie stark die Deutschen in die Jahr kommen	5
Abb. 4: Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Altenpflegeheimen	6
Abb. 5: Die 4 Schritte des „Business-Reengineering-Prozesses“	10
Abb. 6: Interdisziplinärer geriatrischer Arbeitsprozess	14
Abb. 7: Demenzerkrankte in Deutschland	22
Abb. 8: Anatomischer Verlauf von Alzheimer Demenz	25
Abb. 9: Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims	36
Abb. 10: Anteile regelmäßig durch Fachärzte versorgter Heimbewohner	37
Abb. 11: Psychopharmaka Verschreibungen in Deutschland	42
Abb. 12: Übersicht der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft	45
Abb. 13: Häufigkeit der geriatrischen Erkrankungen	47
Abb. 14: Medikamente im Alter: Anderer Stoffwechsel andere Wirkung	48
Abb 15: Alter der Probanden mit psychischer Versorgung	49
Abb. 16: Uhren-Test zur Feststellung einer Demenz	50
Abb. 17: Übersicht des Demenzschweregrades der Heimbewohner.	52
Abb. 18: Einteilung der präventiven Maßnahmen	53
Abb. 19: Verordnung von Psychopharmaka beider Fachgruppen	54

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gegendarstellung Pfleger versus Arzt	11
Tab. 2: Positive und negative Aspekte eines Pflegestandardplans	32
Tab. 3: „Qualitätskriterien von Leitlinien“	34
Tab. 4: Einteilung des Demenzschweregrades nach GDS	51
Tab. 5: Ergebnisdarstellung der Expertenbefragung	61
Tab. 6: Antworten im Vergleich zur Aussage der Öffentlichkeit und der befragten Ärzte	63

Abkürzungsverzeichnis

EVI-P	Evaluation des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen
GDS	Global Deterioration Scale
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GStrukG	Gesundheitsstrukturgesetze
ICD-10	International Classification of Diseases
ICN	International Council of Nurses
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MMST	Mini-Mental-Status-Test
OTC	Over The Counter
PDL	Pflegedienstleitung
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Wir werden älter! Dies ist nun keine Erkenntnis dieses Jahrhunderts, nur viele realisieren es erst jetzt. Während mit neuen Steuerprogrammen, Kinderbetreuung oder auch gleichgeschlechtlichen Themen die politischen Wahlplakate der bevorstehenden Bundestagswahl im Herbst 2013 bedruckt werden, kommen Themen der Altenpflege, die Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Altersarmut deutlich zu kurz.

Eine positive „ökonomische Entwicklung“ wird Deutschland über viele Jahre attestiert. Infrastruktureller Fortschritt und wirtschaftliche Verbesserung sorgen für ein Aufstreben. Wie wirken sich allerdings diese positiven Indikatoren bei Krankenhäusern, privaten Ärzten oder Pflegeeinrichtungen aus? Ist die medizinische Versorgung wirklich gestiegen?

Der demografische Wandel hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, bspw. innerhalb des Gesundheitswesens oder auch im sozialen Sicherungssystem. Dies führt unter anderem zur Herausbildung neuer Potenziale und lässt als Folge dessen, auch ganz neue Märkte entstehen – bspw. der Markt für „betreutes Wohnen“ oder auch die Versorgung von Pflegebedürftigen. Trotz dieses „Trends“ machen sich nur wenige Menschen Gedanken über das Leben im Alter und die notwendige Pflege, wenn alltägliche Situationen nicht mehr alleine zu bewältigen sind.

Altersbedingte Krankheitsbilder, wie bspw. Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und neurologische Erkrankungen können das Leben schlagartig verändern und zu einer Pflegebedürftigkeit führen. Fällt die Entscheidung des Betroffenen oder der Angehörigen bei einer Pflegebedürftigkeit auf das Altenpflegeheim, liegt die pflegerische Versorgung in den Händen der Pflegefachkräfte und die medizinische Versorgung primär bei Hausärzten oder Fachärzten. Beide Fachgruppen verfolgen im Prinzip das gleiche Ziel, die Selbständigkeit und das Wohlergehen des Bewohners bzw. Patienten aufrecht zu erhalten.

Fachärzte sind meist nur selten in Altenpflegeheimen medizinisch aktiv, oft werden daher Medikamentenverschreibungen, die von Fachärzten getätigt werden müssten, von Hausärzten übernommen, wie bspw. für Demenz, Depressionen oder Schizophrenie.

Bereits jetzt beträgt die Zahl der Pflegebedürftigen laut Bundesministerium für Gesundheit 2,5 Mio. und die Tendenz ist weiter steigend. Im Jahr 2030 ist mit einer Steigerung der Pflegefälle auf 3,4 Mio. zu rechnen. 2050 hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu heute nahezu verdoppelt. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht diese Entwicklung von Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050.

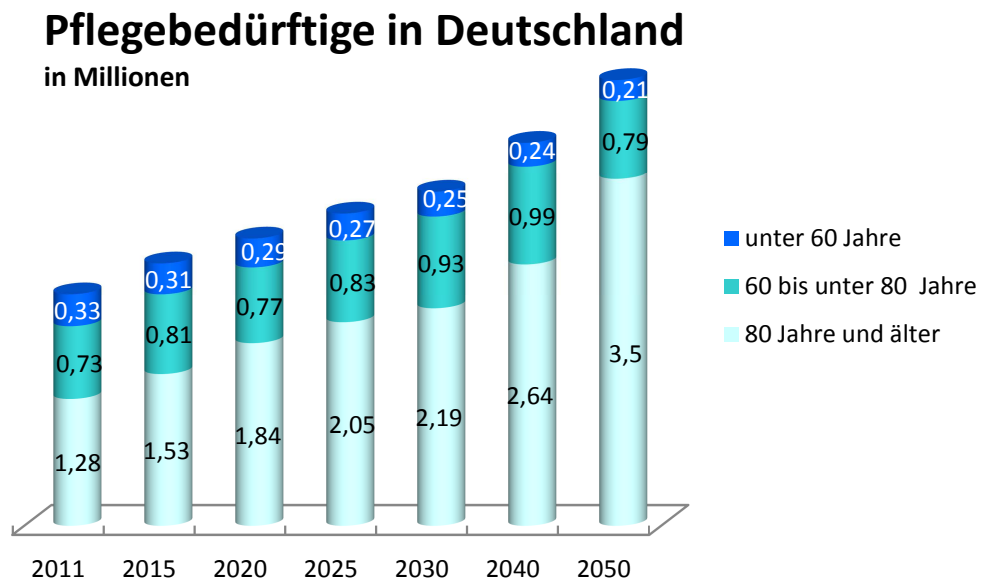


Abb. 1: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis hin zum Jahr 2050 [Pflegebedürftigkeit in Deutschland]

Wer ist für die Pflege in Altenheimen verantwortlich? Wer betreut die Patienten heute und wer morgen? Reicht die derzeitige medizinische Versorgung von betagten Patienten überhaupt aus?

Diese und andere Fragen werden in der Arbeit diskutiert. Eine durchgeführte Studie in den Häusern der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft zur Evaluierung des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen (kurz EVI-P Studie) soll Erkenntnisse über den medizinischen Versorgungszustand bringen.

Darüber hinaus wurde zusätzlich eine Umfrage unter behandelnden Ärzten zum Thema „medizinische Versorgung in Altenpflegeheimen“ durchgeführt. Deren Ergebnisse werden ebenso thematisiert wie die öffentliche Meinung dieser Versorgungsmethodik.

1.1. Einführung mittels graphischer Darstellung

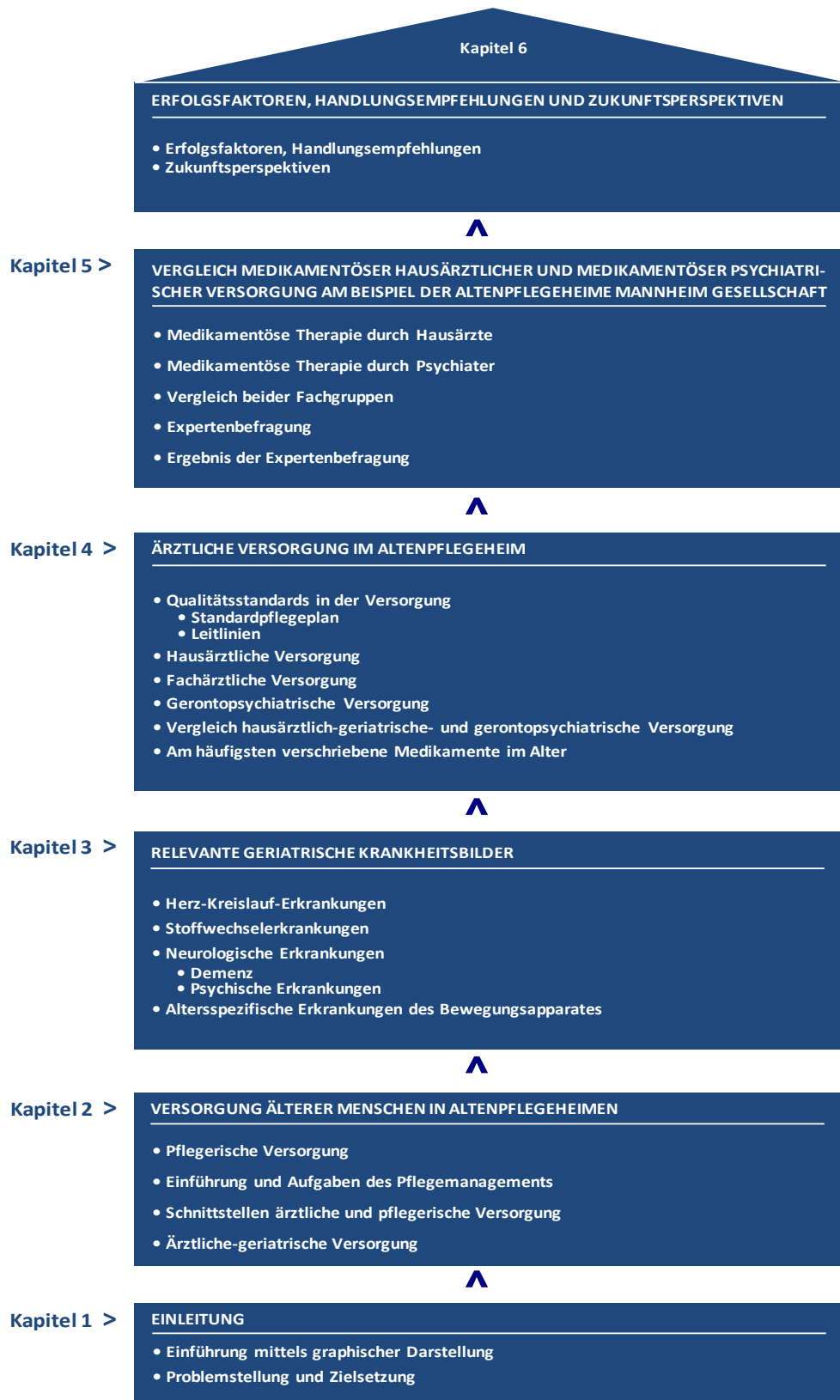


Abb. 2: Einführung mittels graphischer Darstellung [Eigene Darstellung]

1.2. Problemstellung und Zielsetzung

Die „ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen“ ist ein vielschichtiger und aktueller Themenkomplex. Um die Versorgung in den Pflegeheimen aufzuzeigen, wurde eine Expertenbefragung gewählt und durchgeführt.

Durch die ökonomische Entwicklung im Bereich Gesundheitswesen und den dazugehörigen Veränderungen wird von medizinischen Berufsgruppen Initiative gefordert.

Die steigende Anzahl von älter werdenden Menschen und gleichzeitig der Zuwachs von Pflegebedürftigen stellt eine Herausforderung in der zukünftigen Gesundheitsversorgung älterer Menschen dar. Eine nicht ausreichende Anzahl von Pflegefachkräften und Ärzten mit geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fachkompetenzen, führen zu einer nicht ausreichenden geriatrischen Versorgung in Pflegeheimen.

Die Heimbewohner in den Altenpflegeheimen erwarten, eine optimale ärztliche Versorgung und eine professionelle Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten. Die Mediziner vertrauen bei der Medikationsvergabe auf die Aussagen und Beobachtungen der Pflegefachkräfte. Die hohe Verschreibungsquote gerade im Bereich der Psychopharmaka zeigt, dass durch die mangelnde Zeit, die für einen Bewohner bei der ärztlichen und pflegerischen Versorgung gegeben ist, eine differenzierte Diagnose oft nicht möglich ist.

Folgende Fragen sind anhand einer Expertenbefragung mit den Hausärzten der Pflegeheime zu klären: Wie sieht die ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen und in der kritischen Auseinandersetzung aus?

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, durch die erhobenen Daten aus dem EVI-P Projekt und der Expertenbefragung, neue Erkenntnisse zu gewinnen um eine Verbesserung der Versorgungssituation in Pflegeheimen zu gewährleisten und sogar die Ärzte und das Pflegepersonal für eine nicht medikamentöse Therapie zu sensibilisieren.

2. Versorgung älterer Menschen in Altenpflegeheimen

Bei genauerer Betrachtung des demographischen Wandels ist zu erkennen, dass bereits in absehbarer Zeit der Altersdurchschnitt der Menschen ein höheres Niveau erreichen wird.

Gründe hierfür liegen darin, dass neben einer steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung gleichzeitig eine Rückläufigkeit der Geburtenrate zu erkennen ist. Der enorme Hygienefortschritt, die Weiterentwicklung in der Gesundheits- sowie medizinischen Versorgung als auch der gestiegene materielle Wohlstand begründen das Ansteigen des Anteils älterer Menschen gegenüber jüngeren Menschen.

Mit diesem Anstieg steigt allerdings auch die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. Diese bevölkerungsdynamische Entwicklung in Deutschland wird in nachfolgender Abbildung 3 dargestellt.

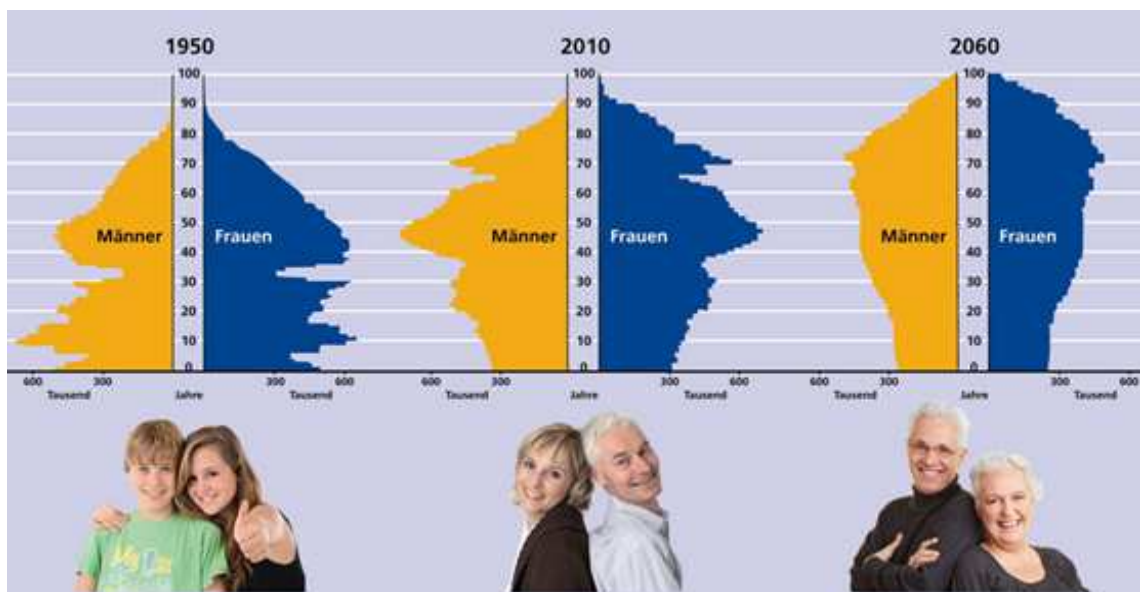


Abb.: 3: Veränderte Nation, Herausforderung Altersstruktur: Wie stark die Deutschen in die Jahr kommen [statistisches Bundesamt]

Während im Jahr 1950 noch ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis der Bevölkerungszahl nach Lebensjahren zu erkennen ist, steht einer älter werdenden Gesellschaft eine fast gleichgroße Gruppe junger Menschen gegenübersteht, so zeigt sich bereits im Jahr 2010 eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur bei Menschen im Alter zwischen 40 bis 65 Jahren. Bis zum Jahr 2060 wird sich die Entwicklung in einer Verdichtung der Menschen im Alter oberhalb von 60 Jahren wiederfinden.

Diese demographische Entwicklung wird auch von den Einschätzungen der statistischen Ämter des Bundes und der Länder unterstützt:

- (1) Demnach leben Menschen im Durchschnitt doppelt so lang wie vor 100 Jahren. Im Jahr 2060 wird in Deutschland voraussichtlich jeder Dritte über 65 Jahre und jeder Siebte über 80 Jahre alt sein [vgl. BMBF- Ältere Menschen].
- (2) Laut der statistischen Ämter des Bundes und der Länder waren im Jahr 2007 insgesamt 2,25 Mio. Menschen pflegebedürftig. Von diesen Personen waren allein 35 % mindestens 80 Jahre alt, was einer Gesamtanzahl von etwa 787.500 Pflegebedürftigen entspricht. Es wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2030 mehr als 3,37 Mio. pflegebedürftige Personen älter als 80 Jahre sind [vgl. statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, 21f.].
- (3) Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen stieg in den Jahren von 1999 (ca. 2,0 Mio.) bis 2011 (ca. 2,5 Mio.) um nahezu 24 % an (siehe hierzu Abb. 4).

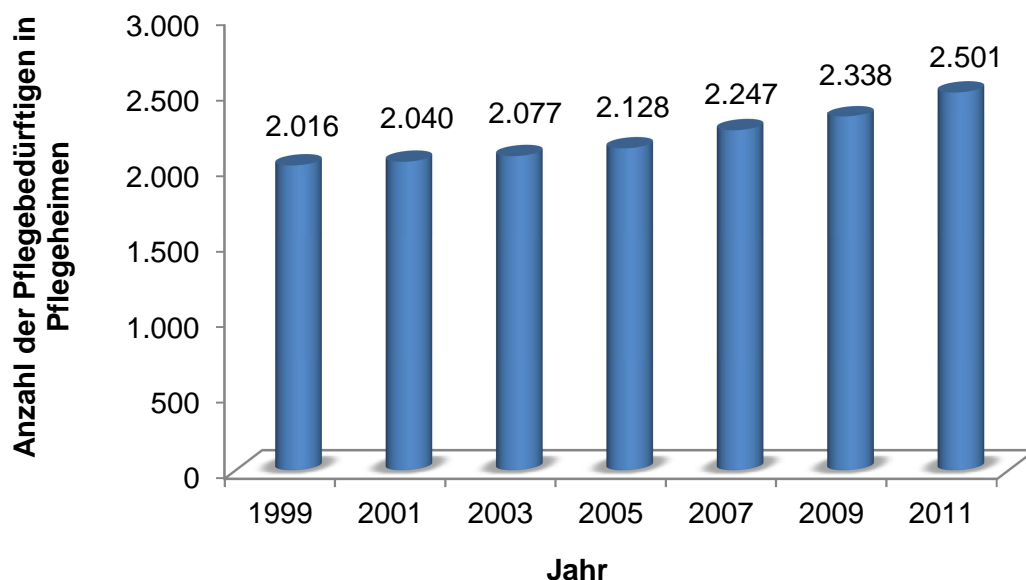


Abb. 4: Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Altenpflegeheimen [Eigene Darstellung]

Die soeben aufgezeigten Einschätzungen unterstützen die Forderung zu einer besseren selbständigen Lebensweise sowie die Erhaltung des Lebenskomforts im Alter. Ein notwendiges Mittel hierfür findet sich in der professionellen Pflege von Menschen in Altenpflegeheimen.

Altenpflegeheime sind Institutionen für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind oder alleine nicht mehr zurechtkommen und Hilfe bei der Versorgung in Anspruch nehmen müssen. Die Arztauswahl für die Versorgung und Betreuung sollte eigenwillig vom Bewohner getroffen werden [vgl. BIVA-Interessenvertretung].

Viele Senioren möchten ihre Selbständigkeit solange wie möglich aufrechterhalten. Nach Angaben der Studie „Möglichkeit und Grenzen“, liegt das Eintrittsalter in einem Altenpflegeheim bei 82,6 Jahren. Zukünftig wird, nach der Studie von Schneekloth, eine steigende Tendenz in Richtung noch höherem Alter zu erkennen sein [vgl. Schneekloth/Wahl 2009, 209].

2.1. Pflegerische Versorgung

„Aus der Würde des Menschen folgt das Recht auf eine optimale pflegerische Versorgung auch im Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit“ [Bockenheimer-Lucius, Dansou, Sauer 2012, 280].

Eine professionelle Pflege wird derzeit durch Alten-, Gesundheits-, Kinderkranken-, oder Krankenpfleger gewährleistet. Sie beinhaltet neben der eigenverantwortlichen Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen auch das individuelle Wohlergehen jedes Betroffenen. Die Pflege leistet Hilfe bei der Bewältigung von alltäglichen Lebenssituationen in Kooperation mit Menschen aller Altersgruppen, Familien, Lebensgemeinschaften sowie mit sozialen Organisationen [vgl. DBfK, 1].

Aufgrund der Notwendigkeit dieses Zustandes haben sich mehr als 100 nationale sowie internationale Berufsverbände der Pflegekräfte zu einem Interessenverband, auch International Council of Nurses genannt (ICN) zusammengeschlossen [vgl. von Bode/Terpstra 2012,6]. Dabei kommt den Institutionen insbesondere bei den folgenden Punkten eine zentrale Rolle entgegen:

- Förderung und Kontinuität des Gesundheitsbildes,
- Vorbeugung vor Schadenseintritt sowie deren Rehabilitation,
- Wahrnehmung sowie Umsetzung der Interessen der Pflegebedürftigen,
- Akzeptanz und Verwirklichung von Bedürfnissen,
- Förderung einer sicheren Umgebung,
- Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik,
- Engagement im Management des Gesundheitswesens sowie der Bildung [vgl. ICN 2013].

2.2. Einführung und Aufgabe des Pflegemanagements

Neben der Pflege nimmt das Pflegemanagement einen wichtigen Bestandteil in Altenpflegeheimen ein und gewinnt seit den 90er Jahren an immer größerer Bedeutung.

Die Erklärung hierin liegt in dem erweiterten Interesse an Gesundheitsmaßnahmen sowie der Orientierung an wirtschaftlichen Zielen in der Gesundheitsversorgung. Die Bezeichnung des Pflegemanagements entstand aus den gesetzlichen Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes (GStrukG) und des sozialen Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) [vgl. Kerres, Seeberger 2005].

Das GStrukG ist ein Gesetz zur Sicherung der Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und unterstützt primär die Budgetierung von Gesundheitskosten der GKV [vgl. Gesundheitsstrukturgesetz].

Das PflegeVG wurde als Bestandteil der Sozialversicherung eingeführt und beinhaltet unter anderem auch das Stufenmodell der Einordnung von Pflegebedürftigen [vgl. Pflegeversicherungsgesetz].

Die Verantwortungsbereiche eines Pflegemanagements sind vielseitig, umfangreich und anspruchsvoll. Operative Personal- und Organisationsführung in sozialen Einrichtungen gehören neben Verwaltungs- und fachbezogenen Arbeitsaufträgen zu den wichtigsten Aufgaben in Versorgungseinrichtungen der Pflegedienstleistung.

Im konkreten Fall umfasst dies:

- Wahrnehmen von Führungsaufgaben
- Finanzplanung und Controlling des Pflegedienstes
- Einhaltung der Grundgesetze für den Umgang mit Pflegekräften
- Personalplanung, Gestaltung von Fortbildungen und Gehaltsabrechnungen der Pflegedienste [vgl. Berufsbeschreibung des Pflegemanagements]

Die im gesamtdeutschen Wirtschaftssektor anhaltende Kostenreduzierung macht auch vor der Gesundheitsbranche nicht halt. Mit effizienterem Einsatz vorhandener Ressourcen wird eine sich immer stärker wettbewerbsorientierte Sozialmarktwirtschaft herausbilden. Die Ökonomisierung der Gesundheitsbranche führt zu einer verstärkten Privatisierung der Pflegeeinrichtungen, mit dem Ziel der Gewinnmaximierung [vgl. Thielscher 2012, 414].

Durch die stetigen Veränderungen im Gesundheitswesen und dem immer größer werdenden finanziellen Druck durch staatliche Sparmaßnahmen müssen die Pflegeheime die ihnen auferlegten Ziele sehr effektiv und unter höchsten Qualitätsstandards durchführen.

Zum Erreichen dieser Ziele werden immer häufiger sogenannte „Business-Reengineering-Prozesse“ als Anwendungsmittel herangezogen. Hierunter versteht man eine radikale Geschäftsneugestaltung, die ebenfalls im Bereich der Altenpflegeheime Anwendung findet.

Die Umsetzung dieser Neugestaltung soll nach den „Business-Reengineering-Prozessen“ in vier Schritten durchgeführt werden (siehe Abb. 5):

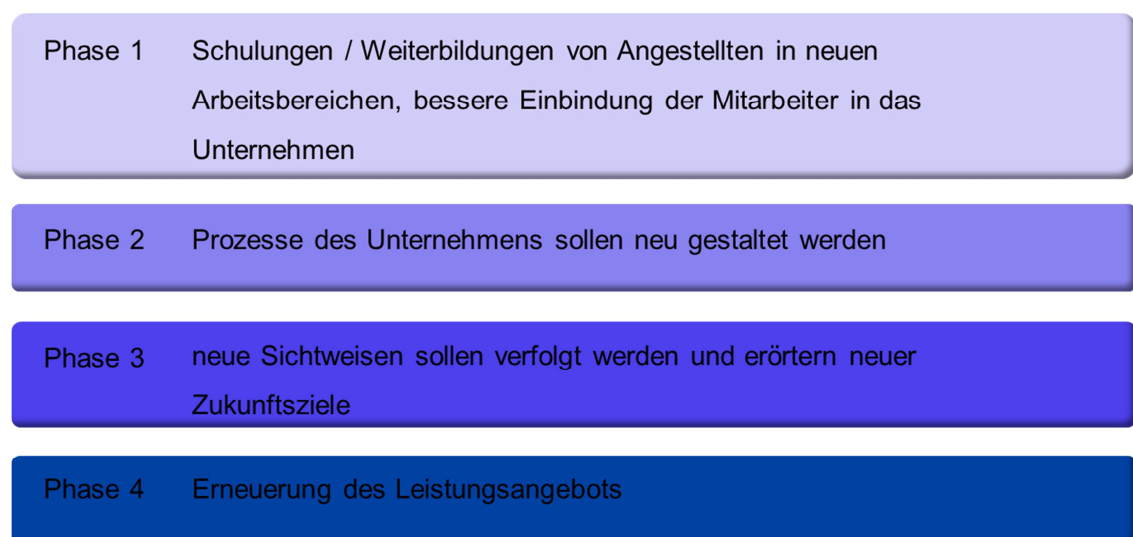


Abb. 5: Die 4 Schritte des „Business-Reengineering-Prozesses“ [Eigene Darstellung]

Am Beispiel der Altenpflegeheime können in einem ersten Schritt bspw. spezielle Pflegekurse und Umstrukturierung der Mitarbeiter zur effektiveren Kosteneinsparung und einer höheren Patientenzufriedenheit führen. Die Kostenreduktion kann daraufhin an den Kunden in Form eines direkten Preisnachlasses weitergegeben werden. Dies führt zu einer wettbewerbsorientierten Marktwirtschaft.

2.3. Schnittstellen ärztliche und pflegerische Versorgung

Nach einem Eintritt ins Altenpflegeheim sollten die Heimbewohner oder deren Angehörigen einen Arzt aufsuchen, der die Heimbewohner regelmäßig und ausführlich versorgt. Dies geschieht meist selbständig durch die Bewohner. Damit eine reibungslose Versorgung aus Sicht des Arztes und der Pfleger ablaufen kann, ist die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den zwei Berufsgruppen unerlässlich. Sie streben beide die gleichen Ziele an, die Dienstleistung zu erbringen, die für das Wohlergehen des Betroffenen sorgt, Vermeidung von Krankentransporten und unnötigen Krankenhausaufenthalten [vgl. Hofmann 1999, 38].

Dass es bei Pflegekräften und Ärzten zu fachlichen Überschneidungen kommt ist kaum verwunderlich, vielmehr aber dass die Kommunikation zwischen beiden des Öfteren mangelhaft ist. Dies zeigt auch die nachfolgende Gegenüberstellung der Sichtweisen von Pflegepersonal und Ärzten, welche die schwierige und manchmal nicht sehr professionelle Zusammenarbeit bei der Bewohnerbetreuung erkennen lassen.

Nach Ansicht des Pflegepersonals	Nach Ansicht der Ärzte
Der Austausch beider Parteien wird mehrfach vom Arzt nicht anerkannt.	Bei Anrufen aus dem Heim, fehlen dem Arzt öfters detaillierte Angaben zum Betroffenen.
Pflegekräfte fühlen sich oft auf sich alleine gestellt, z.B. bei der Versorgung von künstlichen Kathetern.	Bei Durchführung von Visiten sind oft keine qualifizierten Pfleger anzutreffen, dadurch erhält der Arzt nicht die notwendigen Informationen.
Ärzte wenden veraltete pflegerische Kenntnisse an, um hohe Kosten bei den heute moderneren Wundkosten zu sparen. Sie sind zwar kostenintensiver, aber dafür effektiver im Verheilungsprozess.	Dokumentationen werden nicht sorgfältig bearbeitet und ausgefüllt. Dies hat zur Folge, dass der Arzt das Eingetragene nicht versteht und die Behandlungszeit des Patienten sich verlängert, im schlimmsten Fall nicht stattfindet.
Ärzte sind in dringenden Fällen nur schwer zu erreichen und lange Wartezeiten, sind unumgänglich, bis zum Eintreffen des Arztes. Dies hat oft zur Folge, dass der Notarzt gerufen werden muss.	

Tab. 1: Gegendarstellung Pfleger versus Arzt [Randzio]

Der in Deutschland begrenzte Markt an Fachpersonal führt auch im Gesundheitswesen dazu, dass die wenigen übrigen Pflegekräfte aufgrund immer steigender Arbeitsbelastungen überfordert sind.

Dies führt durch begrenztes Wissen vermehrt zur Kontaktaufnahme zu Ärzten, welche ihrerseits ohne ausführliche Diagnose und Zeitmangel die Medikation genehmigen. Die Ärzte sehen die Hilfsbedürftigkeit des Pflegepersonals als Berechtigung für ihr ärztliches Handeln. Durch die unkomplizierte Verschreibung von Medikamenten hinterlassen Ärzte bleibende Eindrücke bei Mitarbeitern des Pflegeheimes [vgl. Dowideit 2012, 92]. Dies wird besonders dann problematisch, wenn bei schwerwiegenden Diagnosen nur mittels Erlaubnis des Arztes die medizinische Versorgung von Pflegefachkräften getätigt wird.

Betrachtet man die Situation des Arztes würde er seinerseits Zeit sparen, wenn Fachkräfte in Heimen Medikationen selbst ausführen können, wie z.B. Insulininjektion [vgl. Juchli/Kellnhauser 2004, 105].

„In der Zusammenarbeit mit manchen Medizinerinnen sind das Telefon und das Faxgerät längst zur entscheidenden Schnittstelle geworden, über die die Pfleger die gesamte medizinische Versorgung der betroffenen Bewohner koordinieren.“ [Badische Zeitung]. Eine einstimmige Kooperation zwischen Heim und Ärzten in den Pflegeheimen würden führen zu:

- Besserer Versorgungsqualität
- Höherer Patientenzufriedenheit
- Kostensenkung und Geldeinsparung bei den Krankenkassen

[vgl. Hibbeler 2007, 19]

Zusammenfassend ist ein Kooperationsverhältnis zwischen Arzt und Pflegepersonal nicht nur ressourcenschonend sondern kommt dem Patient zu Gute.

2.4. Ärztliche-geriatrische Versorgung

Der Begriff „Geriatric – auch Altersmedizin genannt – befasst sich mit Erkrankungen und Unfallfolgen bei alten Menschen. Schwerpunkte sind Immobilität, Sturz, Inkontinenz, Demenz, Depressionen und Mangelernährung. Geriatric ist die hierauf abzielende, einen ganzheitlichen Ansatz verfolgende Medizin“ [BV-Geriatric].

„Vorrangiges Ziel der geriatricen Versorgungskette ist es, die Selbständigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu verbessern, sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern“ [Dapp 2008, 71].

Angesichts des demografischen Wandels werden Ärzte mit geriatricen Kenntnissen benötigt, um den steigenden Bedarf an geriatricer Versorgung zu decken. Ein Mensch, der geriatricer Versorgung in Anspruch nimmt, ist meist über 70 Jahre alt und erfüllt die Kriterien eines geriatricen Patienten, wie z.B. Inkontinenz, chronische Schmerzen, Depressionen oder Durchblutungsstörungen [vgl. Hansen 2007, 41].

Des Weiteren ist nach der Entlassung des Patienten aus der geriatricen Behandlung zwingend erforderlich, dass der Geriatricer und der weiter behandelnde Arzt miteinander Kontakt aufnehmen, um die Befunde ausführlich zu besprechen. Die Behandlungsmaßnahmen, Medikationen und Fortschritte in dem Behandlungszeitraum sind zu dokumentieren. Dass derzeit keine anderen Heilungsmethoden existieren, den Gesundheitszustand eines Geriatriceretroffenen wiederherzustellen, verschärft die Versorgung durch Fachpersonal unweit mehr [vgl. Willkomm 2013, 80f.].

Der Versorgungsweg für einen geriatricen Patienten kann im Einzelnen in den folgenden Schritten ablaufen:

1. Der Patient erhält den Befund einer ärztlich- geriatricen Versorgung vom Facharzt im Krankenhaus, wo er sich zuvor auf einer Spezialabteilung befand.
2. Wird in die Geriatric verwiesen, kann die Behandlung voll-, teilstationär oder ambulant erfolgen.
3. Zur Konsolidierung des gegenwärtigen Gesundheitszustands ist die geriatricer Rehabilitation durchzuführen.
4. Nach der Entlassung darf der Patient je nach gesundheitlichem Zustand nach Hause oder sollte in einem Heim untergebracht werden [vgl. Schulz 2012, 17].

Ein gesamtheitlicher Leitfaden der Versorgung eines Patienten stellt die nachfolgende Abbildung dar. Es ist darauf zu achten, dass dieser Arbeitsprozess nur eine Orientierung darstellt und die Versorgung durch eine individuelle und fachbezogene Versorgungspflege nicht ersetzt.

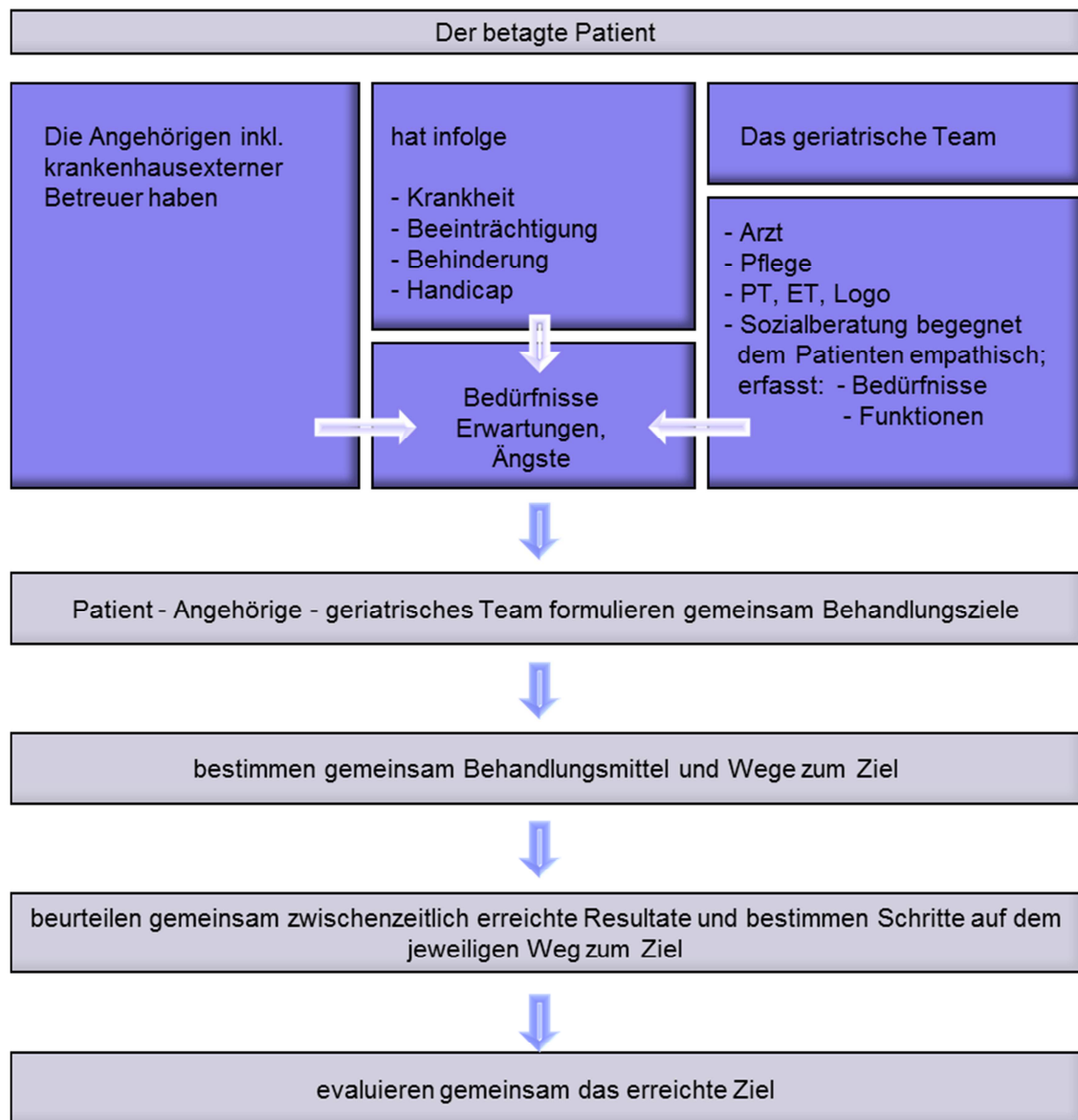


Abb. 6: Interdisziplinärer geriatrischer Arbeitsprozess [Checkliste Geriatrie]

3. Relevante geriatrische Krankheitsbilder

Altersbedingte Erkrankungen oder das Auftreten krankhafter Veränderungen sind unvermeidlich. Zusätzlich kommt hinzu, dass im höheren Alter meist nicht nur ein Krankheitsbild das Leben beeinträchtigt, sondern eine Multimorbidität auftritt [vgl. Geisler 2006, 590].

Multimorbidität bezeichnet mehrere Krankheiten, die parallel im Alter auftreten und mehrere Organe in ihrer vorgesehenen Aufgaben beeinträchtigen. In diesem Fall muss der Betroffene medikamentös behandelt werden. Nicht alle Medikamente können verabreicht werden, denn in Kombination mit anderen Krankheitsbeschwerden kann es zu Interaktionen kommen. Medikamenteninteraktionen entstehen bei geriatrischen Patienten durch verschiedene Ursachen. Die Gründe sind vielseitig und werden u.a. durch den veränderten Stoffwechsel hervorgerufen. Bei Einnahme von bestimmten Medikamenten kann der Wirkstoff sich nicht, wie geplant entfalten und es kommt zu stärkeren oder sogar zu schwächeren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen [vgl. Menche/Klare 2005, 34].

Vor der Diagnose geriatrischer Krankheitsbilder sind vom Arzt ausführliche Anamnesen durchzuführen. Bei der Eigenanamnese wird der Betroffene über seinen jetzigen körperlichen und psychischen Gesundheitszustand befragt, ohne die Beteiligung von Angehörigen. Die Befragung beinhaltet unter anderem Themen, wie z.B. Gangunsicherheit, Essensgewohnheiten oder Sensibilitätsstörung. Bei der Fremdanamnese hingegen werden Fragen zum Thema Stürze, Vergesslichkeit, Hören, Sehen und der Selbstversorgung den Angehörigen gestellt. Bei Feststellung der geriatrischen Krankheitsbilder wird auch die Medikamentenanamnese verwendet.

Hierzu soll erhoben werden, welche Medikamente eingenommen und welche abgesetzt wurden und aus welchem Grund und ob die Medikamenteneinnahme eigenständig erfolgt oder mittels Unterstützung [vgl. Wettstein/Augustin 2001, 12f.].

Im Folgenden werden die wichtigsten geriatrischen Krankheitsbilder dargestellt, wie:

- 1.) Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- 2.) Stoffwechselerkrankungen
- 3.) Neurologische Krankheiten und
- 4.) Altersbedingte Krankheitsbilder

3.1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das Herz ist ein lebensentscheidendes Organ, welches Sauerstoff und Nährstoffe in die Organe durch Arterien und Venen transportiert. Etwa 7000 Liter Blut pumpt das Herz durch die Gefäße des menschlichen Körpers. Davon beansprucht das Gehirn ein Fünftel des gesamten Blutvolumens. In der Regel schlägt das Herz eines Menschen 60 - 90 Mal in der Minute und ein 80 Jähriger Mensch erlebt 2,5 - 3,8 Milliarden Herzschläge in seinem Leben. In Deutschland sterben die meisten Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das zeigt sich auch in den Krankheitsbildern vieler älterer Menschen [vgl. BMBF - Herz-Kreislauf-Erkrankungen].

Die überwiegend im Alter auftretenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen können sein:

- Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Apoplex (Schlaganfall)

Die beiden häufigsten Folgeerkrankungen wie Myokardinfarkt und Apoplex werden nachfolgend genauer erläutert.

Die Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Apoplexe sind häufig identisch. Anatomisch gesehen ist die Hauptursache die Verengung von Arterien, welche die Durchblutung und Versorgung des Herzens, des Gehirns und anderer Durchblutungswege hindert [vgl. Trebert 2008, 163].

Eine andere Ursache für Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann eine Angina pectoris (Brustenge) sein. Durch die körperliche Anstrengung entsteht eine episodische, mangelhafte Versorgung von Sauerstoff im Herzen. Es wird mehr Sauerstoff vom Herzmuskel benötigt als durch das reduzierte Herzkranzgefäßvolumen dorthin gelangen kann. Symptome wie Stechen in der Brust oder Schmerzen hinter dem Brustbein sind übliche Anzeichen. Sollte dieser Vorgang ohne Schmerz erfolgen, dann sprechen Mediziner von einer stummen Ischämie [vgl. Hexal-Herz-Kreislauf].

- Myokardinfarkt

Der Myokardinfarkt - umgangssprachlich auch Herzinfarkt genannt - tritt ein, wenn die Sauerstoffzufuhr, z.B. durch Arteriosklerose (Arterienverkalkung), verhindert und somit die Versorgung des Körpers nicht gewährleistet werden kann. Primäre Verursacher sind Plaques (Krusten), die sich an den Zellwänden in den Arterien festsetzen und mit der Zeit eine dicker werdende Zellwand entstehen lassen, bis sie schließlich komplett geschlossen ist und so zu einem Infarkt führen kann. Die Zellen des Herzmuskelgewebes, die nicht mit Sauerstoff versorgt werden können, sterben langsam ab. Stirbt über die Hälfte des Herzmuskels ab, ist der Herztod die sichere Folge [vgl. Hexal-Herz-Kreislauf].

„Jedes Jahr sind fast 300.000 Menschen in Deutschland davon betroffen. Trotz guter Therapiemöglichkeiten sterben über 170.000 Menschen an den Folgen eines Herzinfarktes“ [Fischer-Böroid/Zettl 2006, 1].

- Apoplex [griech. „Der Schlag“]

In Deutschland erkranken jährlich 250.000 Patienten an einem Schlaganfall. Ähnlich wie bei einem Herzinfarkt werden hier im Speziellen, die Gefäße zum Gehirn nicht ausreichend mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt. Die Folge ist das Absterben von Gehirnzellen, was wiederum einen Apoplex hervorruft.

Es gibt zwei Hauptgründe für die Entstehung eines Schlaganfalls. Überwiegend besteht eine Arteriosklerose, was zu Durchblutungsstörungen führt. Eine weitere Ursache kann sein, dass innerhalb des Gehirns, Blutungen hervorgerufen und durch das austretende Blut die Nervenzellen beschädigt werden. Der Betroffene erleidet neurologische Ausfälle, je nachdem, in welchem Gehirnareal der Schlaganfall stattgefunden hat [vgl. BMBF - Schlaganfall]. Fand der Schlag in der rechten Gehirnhälfte statt, ist die linke Seite gelähmt und umgekehrt.

Auch das metabolische Syndrom, welches durch Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Fettleibigkeit und Bewegungsmangel hervorgerufen wird, kann das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko erhöhen. Dieses Krankheitsbild verändert, wie das Wort besagt, schlagartig das Leben der Betroffenen und Angehörigen. Nur mit Mühe und dazugehörigem Willen kann in einer Vielzahl von Fällen mit Hilfe von Physiotherapie, Pflegern und anderen Dienstleistern, eine Rehabilitation erzielt werden.

3.2. Stoffwechselerkrankungen

Die überwiegend im Alter auftretenden Stoffwechselerkrankungen können sein:

- Diabetes mellitus
- Gicht
- Arthrose

Die beiden erst genannten Erkrankungen, Diabetes mellitus sowie die Gicht werden näher beschrieben.

- Diabetes mellitus [griech. „honigsüßer Durchfluss“]

Bei der Erkrankung von Diabetes mellitus liegt eine Störung des Stoffwechsels vor. Der Blutzucker kann nicht oder nur teilweise abgebaut werden. Das Hormon Insulin, das im Körper die Blutzuckeraufnahme in die Zellen steuert, wird eigenständig im Körper von der Bauchspeicheldrüse gebildet. Diabetes mellitus entsteht, wenn nicht ausreichend Insulin produziert werden kann oder eine Insulinresistenz der aufnehmenden Zellen besteht. Zwei Kategorien von Diabetes mellitus werden unterschieden:

1. Bei Diabetes mellitus Typ 1 auch juveniler Diabetes genannt, liegt ein Insulinmangel durch eine Autoimmunreaktion des Körpers, gegen die Insulin herstellenden Zellen oder sogar gegen das Hormon selbst vor. Der aufgenommene Zucker bleibt ohne verstoffwechseln im Körper und verursacht somit den erhöhten Blutzuckerwert. Die Zellen für eine regelmäßige Insulinabgabe sind gehemmt und Betroffene müssen lebenslang das Hormon zuführen.
2. Der Diabetes mellitus Typ 2 tritt häufiger bei älteren und fettleibigen Menschen auf. Das Insulin befindet sich anfangs in ausreichender Menge im Körper, nur ist die Insulinresistenz der aufnehmenden Zellen das Problem. Im Gegensatz zu Typ 1, kann mit gesunder Ernährung der Rückgang der Insulinresistenz erzielt werden [vgl. Ratgeber Diabetes mellitus].

Die besondere Wirkung der Diabetes mellitus wird auch aus folgendem Zitat des Diabetes Kongress 2012 deutlich:

„Die Zahl der Neuerkrankungen an Diabetes steigt konstant. Jeden Tag erkranken in Deutschland über 700 Personen neu an Typ-2-Diabetes. Pro Jahr ca. 270.000 Menschen. Bereits heute ist in Deutschland fast jeder Dritte über 70 - Jährige, Diabetiker“ [Kulzer 2012, 10].

Die Wahrscheinlichkeit eine weitere Erkrankung zu bekommen, ist bei Diabetikern höher wie bei gesunden Menschen. Für 3 ausgesuchte Krankheitsbilder sind die Häufigkeiten wie folgt:

- Apoplexie oder Herzinfarkt 2 - 3 Mal häufiger
- Augenerkrankung und Erblindung 10 - 25 Mal häufiger
- Niereninsuffizienz 15 - 20 Mal häufiger.

Für ca. 80 % der Todesursachen bei Diabetikern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Grund, primäre Folgen sind Apoplex und Herzinfarkt [vgl. Ratgeber Diabetes mellitus].

- Gicht [lat. Arthritis uratica]

Gicht ist nach Diabetes die zweithäufigste Stoffwechselerkrankung in Deutschland. Die Krankheit entsteht durch Überproduktion von Harnsäure oder der Körper ist unfähig, die überschüssige Harnsäure auszuscheiden. Der Harnsäurewert (Hyperurikämie) steigt so stark an, dass der Körper kleine Harnsäurekristalle (Salze) bildet und sie sich an den Gelenken, vorwiegend beginnend am großen Zeh, festsetzen.

Symptome für Arthritis uratica können Gelenkschmerzen bzw. Entzündungen sein. Gründe hierfür sind Veranlagungen, falsche Ernährung wie z.B. übermäßiger Verzehr von „rotem Fleisch“, Alkohol, Bier oder Bewegungsmangel. Benötigte Medikamente können ebenfalls positive als auch negative Veränderungen des Harnsäurespiegels hervorrufen [vgl. Gichtbehandlungen].

Ein gemeinsames Hauptsymptom der aufgezählten Stoffwechselerkrankungen ist Adipositas.

Unter Adipositas, auch Fettleibigkeit genannt, leiden 16 Mio. Menschen in Deutschland. Fast jeder dritte Bundesbürger ist davon betroffen [vgl. Kompetenznetz-Adipositas]. Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), liegt der Anteil von Adipositas Erkrankten, der 60- 70 Jährigen Männern in Deutschland bei 80 % und bei Frauen bei 20 % [vgl. DGE-Adipositas].

Ursachen für einen übergewichtigen körperlichen Zustand sind:

- Kalorienreiche Ernährung, d.h zuviel Nahrung wird im Körper aufgenommen im Vergleich zum Bedarf der täglichen Energiezufuhr.
- Bewegungsmangel.
- Psychische Faktoren wie Depressionen, mangelndes Selbstbewusstsein.
- Medikamente, wie z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, bestimmte Antidiabetika regen die Erkrankung an.
- Hormonproduzierende Organe. Hierunter fallen Tumore der Nebenniere oder eine Schilddrüsenunterfunktion [vgl. DEBInet].

Der tägliche Grundumsatz, also wie viele Kalorien am Tag eingenommen werden dürfen, hängt neben dem Alter, dem Geschlecht auch vom Aktivitätsgrad ab. Je mehr Sport- oder Bewegungsabläufe im Alltag einprogrammiert werden, desto mehr Kalorien dürfen zu sich genommen werden [vgl. Gesumag].

Zu den Begleiterkrankungen bei Adipositas zählt das metabolische Syndrom. In Kombination von Hypertonie und erhöhten Blutfettwerten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken. Die Krankheit erfolgt zudem im kardiovaskulären Bereich anhand von Arteriosklerose und führt später evtl. zum Myokardinfarkt, Apoplex oder Herztod.

Für die Entwicklung einer gesunden Lebenserwartung ist die Umstellung der Lebensverhältnisse erforderlich und die Essensgewohnheiten sollten verändert werden, um eine kontinuierliche Gewichtsreduktion gewährleisten zu können. Tägliche Aktivität zur Stressentlastung und Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes sollten ausgeübt werden.

3.3. Neurologische Erkrankungen

Neurologie beschreibt die nervlich bedingten Erkrankungen. Das Nervensystem steuert die Körperfunktionen, wie Weiterleitung und Speicherung von Informationen.

Unterschieden wird zwischen somatischem und vegetativem Nervensystem. Das somatische Nervensystem sorgt dafür, dass Reize von außen und innen bewusster wahrgenommen werden und willkürliche Reaktionen, wie z. B. Bewegungen entstehen. Beim vegetativen Nervensystem werden die Reaktionen unwillkürlich beeinflusst und unbewusst wahrgenommen, z.B. Reflexe. Verantwortlich sind die neurologischen Gegenspieler Systeme Sympathikus und Parasympathikus mit ihrer antagonistischen Arbeit.

Das zentrale Nervensystem besteht aus dem Gehirn, welches die Reize wahrnimmt und über das Rückenmark weitergeleitet werden. Das periphere Nervensystem umfasst Axonen, die die Information weiterleiten, jedoch nicht eigenständig verarbeiten [vgl. Schwegler/Lucius 2011, 90f.].

Nach Schätzung der WHO sind über eine Milliarde Menschen weltweit an neurologischen Krankheiten erkrankt. Zu den häufigsten auftretenden neurologischen Erkrankungen in höherem Alter zählen Demenz, psychische Erkrankungen und das Parkinsonsyndrom [vgl. BMBF - Nervensystem und Psyche].

3.3.1. Demenz

Der Wortherkunft nach stammt Demenz aus dem Lateinischen und bedeutet vollständig übersetzt, sich vom Geist oder Verstand entfernen. Der Psychiater und Gehirnpathologe Alois Alzheimer (1864-1915) entdeckte diese Krankheit. Vorerst wollte ihm niemand Glauben schenken und nach seinem Tod weiterforschen, bis populäre Menschen an der Krankheit starben. Die Prognosen der Demografen (siehe Abb. 3) verdeutlichen die steigende Lebenserwartung der Menschen, somit unter Umständen auch eine zunehmende Zahl der Erkrankten an Demenz.

Nach der International Statistical Classification of Diseases (ICD - 10) wird Demenz als Schädigung im Gehirn bezeichnet. Eine Studie des Max-Planck-Institutes und der Berliner Altersstudie beschäftigt sich mit der Verteilung von Demenzerkrankten im Alter. In Abbildung 7 wird diese Verteilung veranschaulicht dargestellt. Hierbei wird deutlich, dass die Anzahl an Demenzerkrankten mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt. Während im Alter von 65 - 69 Jahren 1 % der deutschen Menschen demenz ist, leiden bereits 6 % der Erkrankten im Alter von 75 - 79 Jahren darunter. Nahezu 25 % der Erkrankten sind zwischen 85 oder 89 Jahre alt. Diese Studie zeigt, dass in höherem Alter die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken steigt. Im Moment leiden in Deutschland 1,3 Mio. Menschen daran. Diese Zahl soll sich laut Bundesministerium verdoppeln, da von einer immer höheren Lebenserwartung ausgegangen wird. Im Jahr 2050 sollen dann aufgrund dieser Schätzung 2,6 Mio. Menschen an Demenz erkrankt sein [vgl. BMBF - Demenz].

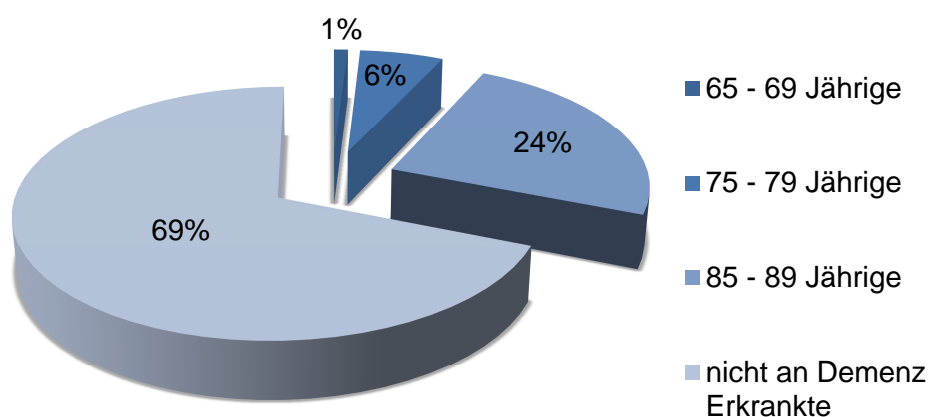


Abb. 7: Demenzerkrankte in Deutschland [Eigene Darstellung]

Zwei Arten von Demenz sind zu unterscheiden, primäre Demenz und sekundäre Demenz.

- Primäre Demenz

Diese Krankheitsform beginnt direkt im Gehirn und stellt eine eigenständige Erkrankung dar. Diese Krankheitsform steht somit nicht im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Nahezu 75 % der Demenzerkrankten leidet unter:

- Alzheimer Demenz,
- Vaskuläre Demenz,
- Lewy-Körperchen-Demenz oder
- Frontotemporale Demenzen

Demenzbetroffene leiden etwa zur Hälfte an Alzheimer Demenz. Diese Form der primären Demenz kennzeichnet das langsame fortschreitende Absterben von Nervenzellen. Dadurch entstehen Gedächtnis- und Orientierungs-, Sprach-, nachlassendes Denk- und Urteilsvermögen, sowie Persönlichkeitsveränderungen.

Etwa 10 – 15 % der Demenzpatienten sind von der vaskulären Demenz betroffen. Alzheimer und vaskuläre Demenz sind nur schwer voneinander zu unterscheiden. Sie differenzieren sich anhand der Symptome wie Verlangsamung, Orientierungsschwierigkeit oder Stimmungslabilität. Vaskuläre Demenz entsteht im Zusammenhang mit Hirninfarkten, bedingt durch Arteriosklerose [vgl. Schaade/Kubny-Lüke 2005, 11f.].

Weitere 10 % der Demenzkranken werden einer Mischform der primären Demenz zugeordnet. Darunter ist eine Kombination aus Alzheimer, Morbus Parkinson, Vaskuläre-, Lewy-Körperchen-, oder Frontotemporale Demenzen zu verstehen.

Etwa 25 % der restlichen Demenzkranken leiden unter der sekundären Demenz. Hierbei handelt es sich um einen Erkrankungstyp, welcher in Folge einer Grunderkrankung auftritt, wie Schädelverletzungen, Tumore oder auch Missbrauch von Alkohol und Tabletten. Hierzu zählen das:

- Korsakow-Syndrom
- Morbus Parkinson

Sprechen Menschen von Demenz, dann ist umgangssprachlich die Alzheimer Demenz gemeint. Die ersten Symptome treten meist im Alter ab 60 Jahren auf und können wie folgt beschrieben werden:

- kognitive Einschränkungen, Verringerung der Aufnahme- und Merkfähigkeit,
- Orientierungsstörungen,
- Defektives reales Denken,
- Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf die Umwelt,
- Schmerz-, Hunger-, Durstgefühl können nicht mehr richtig wahrgenommen werden [vgl. Schaade 2008, 7f.].

Alle bisher durchgeführten Studien belegen, dass der Krankheitszustand des Betroffenen durch Einnahme bestimmter Arzneimittel nicht verbessert, sondern nur stabilisiert werden kann. Alzheimer Erkrankte werden je nach Schweregrad der Krankheit in unterschiedliche Kategorien eingestuft:

- Leichte Demenz: Kognitive Störung vorhanden, alltagskompetent
- Mittelschwere Demenz: Unter Beaufsichtigung und Anleitung alltagskompetent
- Schwere Demenz: Keine Alltagskompetenzen, vollständig auf Hilfe angewiesen [Neurath/Lohse 2011, 461].

Um Krankheiten, wie bspw. Alzheimer Demenz, therapieren zu können, sind die Ursache, die Wirkungsweise sowie der Krankheitsverlauf entscheidend. In der Grafik (Abb. 8) ist dieser Entstehungsprozess veranschaulicht.

Zusammengefasst verläuft Alzheimer Demenz mit Fibrillen, die aus Eiweißstücken entstanden sind, haften als feste Masse im Gehirn aneinander und tragen zum Absterben der Nervenzellen bei. Hinzukommt eine Überproduktion von Amyloid im Gehirn, welche unter Plaquesbildung die Versorgung der Nervenzellen hindert. Die Weiterleitung von Acetylcholin und anderen wichtigen Botenstoffen wird dadurch beeinträchtigt was letzten Endes zum Absterben der Nervenzellen führt.

Acetylcholin ist ein Botenstoff, welcher beim gesunden Menschen Signale überträgt. Aufgrund der abgestorbenen Nervenzellen werden diese Botenstoffe langsam abgebaut [vgl. Krämer/Förstl 2008, 86].

Sollte der Botenstoff im menschlichen Körper fehlen, entstehen Übertragungsstörungen der elektrischen Impulse zwischen den einzelnen Nervenzellen. Als Folge dessen treten im Informationsnetzwerk des Gehirns Fehler auf.

Das Lernen fällt schwerer, durch die nicht mehr abzuspeichernden Eindrücke, auch die im Kurzzeitgedächtnis gespeicherten Informationen, sind nicht mehr abrufbar [vgl. Kieslich 2008, 18].

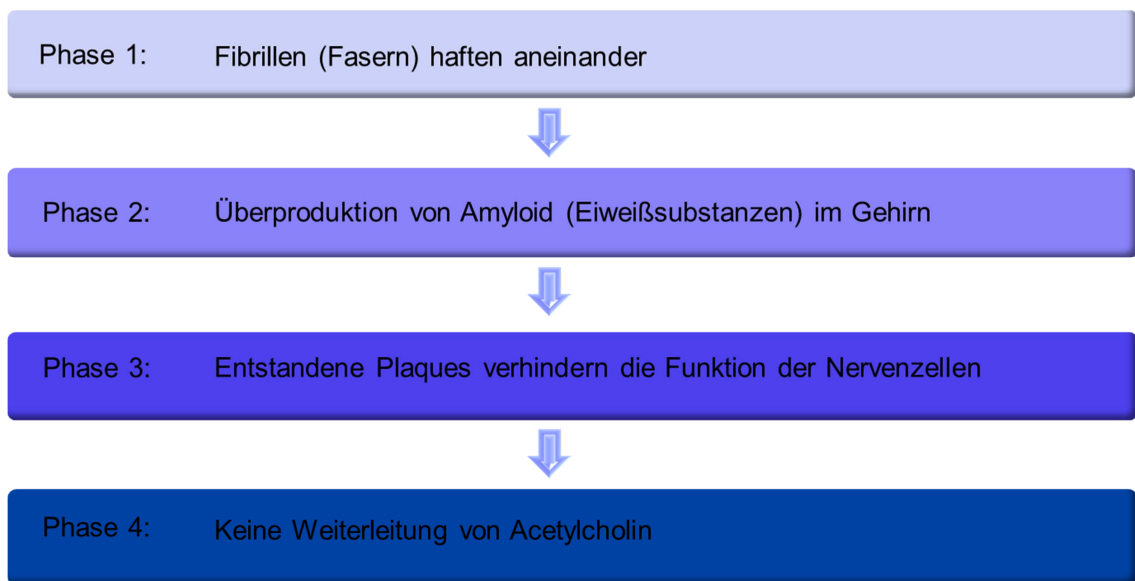


Abb. 8: Anatomischer Verlauf von Alzheimer Demenz [Eigene Darstellung]

3.3.2. Psychische Erkrankungen

An psychischen Erkrankungen leidet etwa jeder Vierte der 65 – Jährigen in Deutschland. Angaben über Häufigkeit bzw. geschlechtlicher Verteilung sind leider nur Prognosen, da neben Hemmschwellen der Patienten, zum Arzt zugehen, auch geringen Kenntnisse in diesem Fachbereich im Vergleich zu anderen medizinischen Krankheitsbildern, zur Verfügung stehen.

Bei älteren Patienten werden psychische Erkrankungen nur langsam diagnostiziert und bei den meisten gar nicht. Behandlungsansätze erfolgen bei dieser Krankheit nicht fachgerecht, da viele Hausärzte die Signale nicht immer gleich wahrnehmen, sondern als altersbedingte Symptome ansehen und zur Beruhigung Psychopharmaka verschreiben. Auch Psychotherapien können die Erkrankung stabilisieren und zu einer besseren Lebensqualität verhelfen. Die häufigsten Erkrankungen in diesem Bereich sind Depressionen und Demenz [vgl. therapie-psyche].

Die psychische Erkrankung eines Menschen im Alter steht in sehr komplexen Zusammenhängen. Vier Eigenschaften können der Auslöser für ein biochemisches Ungleichgewicht des Gehirns sein, welches zu psychischen Erkrankungen führen kann [vgl. Schneider 2008, 2f.]:

- Körperliche Erkrankungen: Senioren leiden an einer oder mehreren Krankheiten gleichzeitig. Hauptsächlich an organisch-psychischen Erkrankungen wie Schädel-Hirn-Trauma, Tumor, Herzinsuffizienz.
- Genetische Dispositionen: Erbliche Anfälligkeit einer manifesten Erkrankung wie Schizophrenie.
- Psychosoziale Stressoren: Erhebliches Ausmaß haben äußere umweltbedingte Faktoren und innere Konflikte.
- Lerngeschichten, Persönlichkeitsfaktoren: Schicksalsschläge können sich auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken.

3.4. Altersspezifische Erkrankungen des Bewegungsapparates

Unser Bewegungsapparat umfasst Muskeln, Knochen und Gelenke. All diese Organe erlauben uns, sich zu bewegen und aufrecht zu halten. Der Bewegungsapparat und insbesondere die Gelenke sind dauerhaften und massiven Belastungen ausgesetzt. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass gerade bei älteren Menschen vor allem die Gelenke, Probleme bereiten. Altersbedingte Veränderungen des Bewegungsapparates treten bei jedem Menschen in unterschiedlicher Ausprägung auf. Dies kann zum einen an der Veranlagung liegen, an körperlicher Fitness, was sich durch Bewegungsmangel bemerkbar macht und zur Folge hat, dass verschiedenartige Beschwerden auftreten können.

Bei älteren Menschen sind die Bewegungsabläufe daher anders als bei einem jungen Menschen. Die Spannkraft und Agilität, Beweglichkeit und Kraft lassen im Alter stark nach. Daher sollten verschiedene Organsysteme des Körpers für eine uneingeschränkte Beweglichkeit funktionstüchtig sein. Häufigste Ursache für Bewegungseinschränkungen von älteren Menschen ist Arthrose, vorallem die über 70 - Jährigen Patienten leiden daran.

- Arthrose

Arthrose ist eine der häufigsten Gelenkerkrankungen auf der Welt. Allein in Deutschland leiden ca. 5 Mio. Menschen an dieser rheumatischen Erkrankung und 20 Mio. Menschen an Arthrosebeschwerden [vgl. Fischer-Böroid, Krumme 2007, 20]. In medizinischen Fachbereichen spricht man auch von einer degenerativen rheumatischen Erkrankung. Hierbei handelt es sich um eine Gelenkerkrankung, die durch Veränderungen des Gelenkknorpels entsteht und in der Umgangssprache als Gelenkverschleiß bezeichnet wird.

Die Ursachen für Arthrosen sind unterschiedlichen Ursprungs. So können bei jungen Menschen, z.B. durch Fehlbelastungen oder erblich bedingte Veranlagungen, Knorpelschäden auftreten. Hingegen machen sich bei älteren Menschen die Gelenkbeschwerden meistens in der Hüfte oder den Knien bemerkbar. Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass sich die degenerativen rheumatischen Erkrankungen auch auf die Wirbelsäulen- und Fingergelenke ausbreiten.

Bei diesen sogenannten „Veränderungen des Knorpels“, bildet sich der Knochen im Gelenkbereich um und verursacht dadurch Schmerzen, wie z.B. Muskelverspannungen, geschwollene Gelenke und entwickelt mit der Zeit durch diese Veränderung enorme Bewegungseinschränkungen. Diese Beschwerden wirken sich negativ auf die Bandscheiben aus, die an Elastizität verlieren. Physikalische Therapien wie Massagen, Wärmepackungen, Ultraschalltherapie, Krankengymnastik, Bewegungstherapie und Atemtherapie sind aktive Maßnahmen, mit denen die Betroffenen selbst tätig werden können.

„Letztendlich entwickeln sich Arthrosen immer aus einem Ungleichgewicht zwischen der Belastungsfähigkeit des Gelenkes und der tatsächlichen Belastung“ [vgl. medizinfo-Arthrose].

4. Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen

Um die Versorgung von Patienten in Altenheimen nachhaltig zu verbessern, müssen die Pflegesysteme auf ihre praxisnahe Orientierung untersucht und von entsprechenden Fachgruppen geleitet, überprüft und eingeschätzt werden. Bereits eine Vielzahl ausreichender und differenzierter Studienansätze in Deutschland wurde hierzu durchgeführt.

So hat sich bspw. 2003 der „Geriatrische Praxisverbund“ in Bayern in einem Projekt inhaltlich mit der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern befasst. Als Untersuchungsergebnis dieser Studie, sollte das Leben der Bewohner erleichtert und durch die Minimierung der Krankenhausaufenthalte, die Fixkosten um 20 % senken. Um dieses Ziel zu erreichen, engagierten sich 14 Ärzte regelmäßig in den Heimen und kümmerten sich vor Ort um die medizinische Versorgung der Patienten. Das Projekt wurde jedoch nach zwei Jahren abgebrochen, da die Honorierung der Ärzte nicht klar durch die Krankenkassen geregelt wurde [vgl. Fussek, Schober 2009, 288f.].

Der Gegensatz dazu - das erfolgreiche Berliner Modellprojekt „Die Pflege mit dem Plus“ - beschäftigt sich ebenfalls mit der Versorgung in Altenpflegeheimen. Das im Jahr 1998 in Berlin gestartete Projekt betreut 3500 Heimbewohner in 37 Pflegeheimen. Das Ziel dieses Modells war und ist es, Krankenkassenkosten zu reduzieren sowie die Lebensqualität der Heimbewohner zu verbessern. Der Inhalt des erfolgreichen Projektes besteht aus:

- 24 Stunden-Rufbereitschaft,
- Wöchentlichen Heimvisiten,
- Regelmäßigen und ausführlichen Teambesprechungen.

Durch die Kooperation mit niedergelassenen und angestellten Ärzten in den Heimen ist das Projekt mit großem Erfolg verbunden. Der Ansatzpunkt war, ein höheres Honorar den Ärzten für die medizinische Versorgung zu bieten, welches sich auf 200 EUR pro Patient und Quartal beläuft. Dabei konnten im Jahr 2005 nahezu 2,7 Mio. EUR eingespart sowie Kostenminimierungen bei Arzneimitteln und Krankentransporten erzielt werden. Die nicht beteiligten Krankenkassen profitierten beiläufig mit [vgl. Hibbeler 2007, 19].

4.1. Qualitätsstandards in der Versorgung

"Die nach §108 SGB zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach §111 SGB besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden" [Medizinfo- Qualitätssicherung].

Um die Qualität von Altenheimen zu sichern, leiten Verbände der Pflegekassen einen Auftrag zur Überprüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter. Einmal pro Jahr soll jede Einrichtung mittels Notengebung unwissend geprüft und bewertet werden. Die Sicherstellung der Versorgung in Altenpflegeheimen erfolgt durch Kundengespräche, bei der die Kundenzufriedenheit erfragt sowie der körperliche Zustand mittels Haut- und Ernährungszustand der Pflegebedürftigen untersucht wird. Anhaltspunkte der Benotung werden an ausgewählten Fragen überprüft, wie z.B.:

- Sind Massnahmen zur Reduzierung von Druckgeschwüren oder Stürzen durchgeführt worden?
- Ist die Dokumentation von verabreichten Medikamenten und Pflege vollständig aufgeführt worden?
- Nehmen alle Mitarbeiter an bestehenden Fortbildungen teil?
- Gibt es eine angemessene und aktualisierte Auflage des Hygienemanagements?

Sollten während einer Prüfung, Mängel aufgezeigt werden, so sind diese zu dokumentieren und in einem Maßnahmenbescheid an die entsprechende Einrichtung zurückzugeben. Die Mängel müssen daraufhin schnellstmöglich behoben werden. Durch eine wiederholte Kontrolle des MDK's wird dies überprüft.

Die Bewertungen von allen Patienten/ Interessenten sind veröffentlicht und bspw. über das Internet einzusehen [vgl. MDK-Pflegequalität].

4.1.1. Standardpflegeplan

In Standardpflegeplänen werden Pflegeprobleme von erkrankten Patienten festgehalten. Der Standardpflegeplan befasst sich mit den Problemen, Maßnahmen und Zielen der Pflege und erleichtert die Führung der Pflegedokumentation. Der Plan ist individuell auf den jeweiligen Bewohner abzustimmen und sollte regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Tabellarisch ist anfangs beim Standardpflegeplan die Definition des Krankheitsbildes detailliert zu beschreiben, danach folgen als Überbegriffe Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele.

Bei der individuellen Bewertung von Pflegeproblemen ist nach den folgenden Kriterien zu differenzieren:

- Kommunikation,
- Bewegung,
- Vitale Funktion des Lebens,
- Pflege,
- Essen und Trinken,
- Ausscheidung,
- Kleidung,
- Beschäftigung,
- Beziehung zwischen Bewohner und seinem Lebenspartner,
- Sichere Umgebung,
- Sicherung der sozialen Bereiche im Leben,
- Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens.

Maßnahmen und Ziele werden zu jedem Problem regelmäßig notiert und dienen als Kommunikationsmittel für Pflegekräfte [vgl. pqsg].

Pflegefachkräfte sind verpflichtet Pflegepläne schriftlich zu führen, um Betreuungsbedarf systematisch festzulegen.

Nicht nur positive Aspekte eines Pflegestandardplans sollten in Betracht gezogen werden, sondern auch die negativen Aspekte (siehe Tab. 2).

Vorteile	Nachteile
Die Pflegeleistung kann verfolgt und gemessen werden.	Pflegestandards sollten überlegt angewendet werden, denn ohne Überprüfung von Standards kann sich eine unvorhergesehene Situation ereignen, bei der nicht angemessen reagiert und gehandelt wird.
Standardpflegepläne dienen als Instrument für die Bewertung der ausgeführten Pflegequalität.	Die Bewertung muss objektiv messbar sein.
Pflegepersonalmangel kann ermittelt werden.	Individueller Personalbedarf ist gesondert zu beachten.
Zeigt an, ob Bedarf an Weiter- oder Fortbildungen in speziellen Bereichen besteht.	Keine
Pflegestandards erleichtern die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Auszubildenden.	Verführt leicht dazu die persönliche Einarbeitung zu vernachlässigen.
Bestimmte Arbeitsschritte werden rationalisiert ohne die Pflegebedürftigen zu benachteiligen.	Individuelle Abweichungen vom Plan müssen ggf. gesondert begründet werden.
Der Zeitaufwand für die schriftliche Dokumentation wird verringert.	Selbstverständlichkeiten müssen z.T. dokumentiert werden, was zusätzlich Zeit kostet.

Tab. 2: Positive und negative Aspekte eines Pflegestandardplans [Eigene Darstellung]

4.1.2. Leitlinien

„Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“ [AWMF - Leitlinien].

Die Ziele der Leitlinien sind neben effizientem Einsatz vorhandener Ressourcen, die klinische Praxis zu fördern und diese dabei leichter zu bewerten, auch zu unterstützen, damit die Patientenversorgung qualitativ aufrechterhalten bleibt. Die Qualität der medizinischen Versorgung steigt durch Vermittlung von Wissen und Erfahrungen. Vorausgesetzt, die Leitlinien werden von Medizinern richtig angewandt und werden durch Effizienzsteigerung als auch Rationalisierungsmaßnahmen angestrebt [vgl. Grundlagen-Leitlinien]. In den Leitlinien ist der Vorgang detailliert aufgeführt z.B. für Demenz (siehe Anhang B):

- Definition des Krankheitsbildes.
- Anwendbar gefährliche Verläufe z.B. Erwähnung von Begleiterkrankungen.
- Hausärztliche Diagnostik, wie Anamnese und körperliche Untersuchungen, Psychometrische Tests und erweiterte Diagnostik.
- Schweregradeinstellung in den Bereichen Kognition, Lebensführung in einer Beschreibung von leicht, mittel, schwer und die Bewertung vom Mini-Mental-Test.
- Therapie, bei Demenz wird das multimodale Behandlungskonzept angewendet. [vgl. AWMF - Leitlinie]

Am effektivsten ist es, wenn Epidemiologen, Leistungserbringer oder Entscheidungsträger wie Gesundheitspolitiker, die sich täglich mit den verschiedensten Richtlinien beschäftigen, gründliche, verständliche und qualitativ hochwertige Leitlinien erstellen. Von einer gemeinsamen Themenfestlegung der jeweiligen Gruppen würde jeder profitieren, denn jeder weiß auf unterschiedliche Meinungen zur Erstellung des ausgewählten Themas hin. Die Entscheidungsfindung eines Themas, das umfassend erarbeitet werden soll, erfordert viel Zeit und Sachkenntnis.

Die medizinische Versorgungsqualität soll unter Einsatz eines Instrumentes zur systematischen Verbesserung unter Einhaltung der Leitlinien erzielt werden. Zur Visualisierung dieser Instrumente dienen u. a. Qualitätskriterien. Einige dieser qualitativen Möglichkeiten sind unter nachfolgender Tabelle aufgeführt:

Qualitätskriterien von Leitlinien	
Transparenz & Dokumentation der Leitlinienentwicklung	Mit welchen Instrumenten Leitlinien entwickelt worden sind ist zu dokumentieren, sowie Verwendung von vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnis.
Gültigkeit	Von Gültigkeit ist die Rede, wenn die erwartenden gesundheitlichen und ökonomischen Ergebnisse tatsächlich erzielt werden.
Zuverlässigkeit & Reproduzierbarkeit	Leitlinien können erst als zuverlässig und reproduzierbar zählen, wenn sie unter identischen klinischen Bedingungen gleichartig angewandt werden können.
Multidisziplinäre Entwicklung	Die Leitlinien werden gemeinsam von Expertengruppen wie Leistungserbringern und Leistungsträgern entwickelt und erforscht.
Anwendbarkeit	Die Benutzung von Leitlinien ist präzise zu beschreiben und erfahrungsgemäße Erkenntnisse zu benennen.
Flexibilität	Leitlinien sollen im Rahmen möglichst vieler ärztlicher Entscheidungen bei Patientenbehandlungen mit einbezogen werden.
Klarheit und Eindeutigkeit	Leitlinien sind in einer allgemeinverständlichen Sprache zu verfassen. Fachsprache, Definition und leicht veranschaulichte Darstellungen dürfen benutzt werden.
Dokumentation der Leitlinienentwicklung	Leitlinien müssen regelmäßig überprüft werden, wer, wie und wann.

Tab. 3: „Qualitätskriterien von Leitlinien“ [Tumoren der Haut]

4.2. Hausärztliche Versorgung

Viele verschiedene Studien zur ärztlichen Versorgung sind veröffentlicht, nur spezifische Studien für die hausärztliche Versorgung, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, werden kaum dargelegt. Die eqs-Studie, die für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen steht, beinhaltet hausärztliche sowie fachärztliche Untersuchungsergebnisse. Im Jahr 2008 führten das Privatinstitut und die Tochtergesellschaft der Marseille-Klinik aus betrieblichen Gründen eine Befragung zur ärztlichen Versorgung in 56 Pflegeeinrichtungen durch. Gemeinsam wurden durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das eqs-Institut die Fragebögen erstellt, bewertet und von den Pflegedienstleitungen (PDL) ausgefüllt. Die Rücklaufquote betrug 100 % und die Nichtbearbeitungsquote der einzelnen Fragen lag bei etwa 25 %.

Das Ergebnis der Studie zeigt, dass im Durchschnitt 12 Allgemeinmediziner und 11 Fachärzte in den untersuchten Pflegeheimen aktiv sind. Die PDL bewerteten die Erreichbarkeit der Ärzte mit einem Ergebnis von 42 % als sehr gut, 44 % mit gut und 15 % als sehr schlecht. Die Erreichbarkeit am Wochenende wurde von 38 % der Befragten im Wesentlichen als sehr schlecht bewertet. Besuchten die Patienten ihren Arzt in der eigenen Praxis, wurde dies von 26 % als sehr gut, von 44 % als mittelmäßig und von 28 % als sehr schlecht bewertet.

Laut dem PDL kontaktierte zu 86 % das Pflegepersonal einen Arzt und zu 72 % wurde der Arzt vom Personal bestimmt [vgl. van den Bussche/Weyerer/Schäufele/Lübke/Schröfel/Dietsche 2012, 240f.].

Die meisten Studien belegen, dass die medizinische Versorgung in Altenpflegeheimen hauptsächlich von Hausärzten verrichtet wird, mit einer Ergebnisbewertung im Bereich Qualität und Quantität von gut bis ausreichend.

4.3. Fachärztliche Versorgung

Die Fachärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen bedarf einer grundsätzlichen Veränderung. Anhand der repräsentativen SÄVIP-Studie, Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, wird die Kritik über mangelnde Versorgung von Fachärzten in Altenpflegeheimen belegt. 782 Pflegeheime, verteilt auf alle 16 Bundesländer, erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen. Bestehende Krankheiten in den untersuchten Heimen wurden gemäß den Angaben durch die PDL katalogisiert und prozentual ausgewertet. Bei 74,5 % der Heimbewohner lag eine Mobilitätseinschränkung vor. 72 % litten an einer Harninkontinenz und 45 % an Stuhlinkontinenz. 53 % der Teilnehmer waren an Demenz erkrankt. Insbesondere die Angaben über Demenz sollten kritisch hinterfragt werden. Laut der Studie SÄVIP weist dieses Ergebnis auf die fehlende Diagnose der Demenz als Krankheit in Heimen hin. Andere Studien hingegen, die sich spezieller mit dieser Erkrankung auseinandersetzten, belegten Demenzanteile zwischen 60 – 65 %.

Aufgrund dieser vielen verschiedenen Krankheiten besuchten Heimbewohner fachspezifische Praxen alleine, in Begleitung oder auch gar nicht. Abb. 9 belegt die Arztbesuche außerhalb des Heims in einem zufällig ausgewählten Monat. Etwa 3 % der 57.000 teilnehmenden Heimbewohner haben selbständig einen Arztbesuch getätigt, ca. 16 % der Besuche fanden in Begleitung statt und nahezu 81 % konnten aufgrund ihres Gesundheitszustandes keinen Arztbesuch in der Praxis eines Facharztes wahrnehmen.

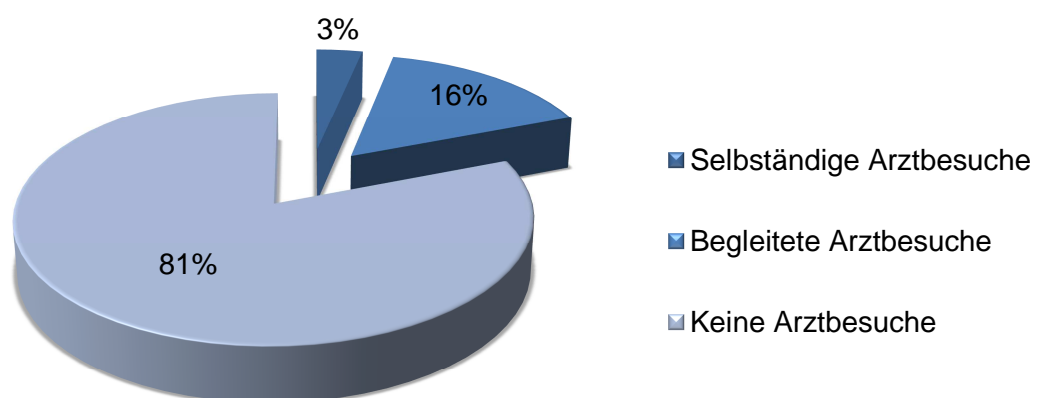


Abb. 9: Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims [SÄVIP-Studie]

Damit eine mangelnde Versorgung durch Ärzte, vor allem durch Fachärzte, in Heimen aufgezeigt und folglich verhindert werden kann, ist es wichtig, regelmäßige Studien zur Analyse der Ursachen und Beteiligten vorzunehmen. Nach Angaben der SÄVIP-Studie (siehe Abb. 10) werden Heimbewohner zu 33 % vom Internisten versorgt und 35 % von Neurologen/ Psychiatern. Eine Behandlung bei Gynäkologen oder Urologen findet bei Heimbewohnern nur einmal im Jahr statt. In den meisten Pflegeheimen leiden 72 % an Harninkontinenz. Es werden jedoch nur etwa 14 % der Bewohner von einem Urologen betreut. Nur etwa 8 % der weiblichen Bewohner werden von einem Gynäkologen betreut [vgl. Hallauer/Bienstein/Lehr/Rönsch 2005, 5f.].

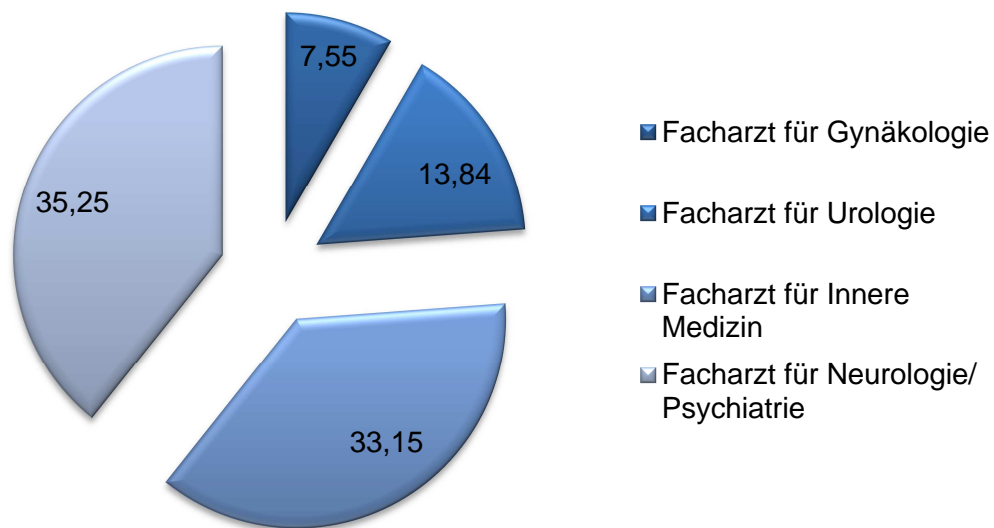


Abb. 10: Anteile regelmäßig durch Fachärzte versorgter Heimbewohner [SÄVIP- Studie]

4.4. Gerontopsychiatrische Versorgung

Die Gerontopsychiatrie ist ein Fachgebiet von Psychiatrie und Medizin, die sich mit auffallenden psychischen Erkrankungen im Alter auseinandersetzt. Die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen sind vielfach Folgen von Hirnleistungsstörungen. Demenz ist einer der häufigsten Faktoren [vgl. Andreae/von Hayek/Weniger 2011,135].

Bevor eine gerontopsychiatrische Behandlung erfolgen kann, ist ein gerontopsychiatrisches Assessment zu absolvieren. Das Assessment dient dazu, dass Informationen über den momentanen Gesundheitszustand, sowie die psychische, pflegerische, soziale und wirtschaftliche Lage des Patienten erfasst werden. Das Ziel besteht darin, Verbesserung und Stabilisierung der Befindlichkeit zu erreichen. Auch die Verluste der Betroffenen, über welche Kompetenzen der Patient verfügt und wie diese appliziert werden, sind im Assessment aufzuführen.

Aus den erhobenen Lebensereignissen wird ein individueller Plan zur Behandlung der psychischen Probleme erstellt und auf Effizienz hin überprüft. Alle behandelten Ärztegruppen, Angehörige und Vertrauenspersonen sollten hier mitwirken. Soweit der individuelle Behandlungsplan angepasst ist, kann die gerontopsychiatrische Therapie beginnen. Therapien können zu Hause, in Tageskliniken, Klinik- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgen.

Nur wenige ältere Menschen besitzen das Wissen über eine gerontopsychiatrische Versorgung. Der Grund ist die mangelnde Informationsversorgung durch zu wenige Beratungsstellen, so dass eine unterentwickelte Versorgung von älteren Menschen entstehen kann. Erst nach Feststellung vom Hausarzt werden die Patienten zu den jeweiligen Fachspezialisten überwiesen. Die psychisch erkrankten Patienten werden häufig in psychiatrische Fachkrankenhäuser eingewiesen.

In Altenpflegeheimen befinden sich die meisten psychisch leidenden Patienten, deshalb besteht auch hier ein Behandlungsbedarf von Gerontologen.

Die Aufgabe eines Gerontologen ist es, älteren Menschen ein möglichst unbeschwertes Leben zu ermöglichen, soweit dies möglich ist. Mit gerontopsychiatrischer Fachkenntnis verhelfen sie Menschen zur Selbständigkeit und mentalen Gesundheit. Durch den verbesserten Wissensstand können Fehlversorgungen vorgebeugt werden [vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. 2007, 1f.].

4.5. Vergleich hausärztlich-geriatrische- und gerontopsychiatrische Versorgung

Wir unterscheiden zwei Konzepte von hausärztlich-geriatrischer- und gerontopsychiatrischer Versorgung:

1. Ein älterer Mensch lebt selbstständig in seinem häuslichen Umfeld. Es ist generell erwünscht, dass er bei gesundheitlichen Problemen zunächst seinen Hausarzt in dessen Praxis aufsucht. Die hausärztliche Versorgung steht im Fokus, denn durch den Hausarzt werden Patienten zur diagnostischen oder therapeutischen Abklärung zu den jeweiligen Fachärzten und dazugehörigen Therapien überwiesen (Fischer/Aeffner/Karst 2002, 17).

2. Ein erkrankter Pflegeheimbewohner ist aufgrund von oft eingeschränkter Alltagskompetenz oder auch eingeschränkter Mobilität nicht in der Lage, eine ärztliche Praxis aufzusuchen. Zum einen sind die oft langen Wartezeiten zu beschwerlich für den Heimbewohner, zum anderen ist es oft sehr kompliziert, den Transport zu organisieren z.B. Rollstuhltransport. Auch sollte die persönliche große Belastung für den einzelnen Bewohner berücksichtigt werden, wenn er in krankem Zustand in eine andere Einrichtung transportiert wird.

Generell findet eine hausärztliche Versorgung im Pflegeheim statt, d.h. Hausärzte, die auch oft mehrere Bewohner betreuen, kommen ins Pflegeheim, haben aber oft nicht das gerontopsychiatrische Wissen, um die alten Menschen optimal zu behandeln. Immer mehr alte Menschen müssen aufgrund des demographischen Wandels mit psychischen, dementiellen und depressiven Erkrankungen versorgt werden, deshalb ist speziell gerontopsychiatrisches Wissen erforderlich.

Es gibt kein Alters- und Erkrankungs-Kriterium hinsichtlich der Unterscheidung geriatrische versus gerontopsychiatrische Versorgung. Generell umfasst geriatrische Versorgung hauptsächlich die allgemeinen körperlichen Krankheiten des alternden Menschen aus der inneren Medizin wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische und neurologische Probleme. Gerontopsychiatrie, ein Fachgebiet der Geriatrie, behandelt psychische Erkrankungen wie Demenz und Depression, letzteres altersassoziiert. Im Allgemeinen hat der Hausarzt nicht das nötige Fachwissen, um diese beiden Fachgebiete abzudecken [Steidl/Nigg 2008, 80].

4.6. Am häufigsten verschriebene Medikamente im Alter

Zur ärztlichen Versorgung gehört auch die Verschreibung von Medikamenten. Nur mit medikamentösen Therapiemaßnahmen ist eine Verbesserung bzw. konstant anhaltende Lebensqualität älterer erkrankter Menschen zu erzielen.

Die geläufigsten Medikationen in Altenpflegeheimen sind die Psychopharmaka, im Einzelnen die Gruppe der Antipsychotika, Antidepressiva und Antidementiva. Ob Antidementiva zu den Psychopharmaka zählen, ist zweideutig und umstritten. Hier werden sie zu der Kategorie Psychopharmaka zugeordnet.

Antipsychotika sind im Falle einer Demenzerkrankung die am häufigsten verschriebenen Medikamente. Auch bei Erkrankungen wie Schizophrenie, sollen sie beruhigend und dämpfend wirken. Sie unterteilen sich in zwei Substanzen: typische und atypische Antipsychotika. Atypische Antipsychotika sind von größerer Bedeutung als die typischen. Atypische Antipsychotika behandeln alle Negativsyndrome gezielter und intensiver wie z.B. Bewegungsstörungen [vgl. Wolter 2009, 17f.].

Bei der Verschreibung dieser Medikamente fallen eine systematische Untersuchung sowie eine ausführliche Kommunikation mit dem Patienten oder den Angehörigen bzw. Personalbefragungen weg. In den Leitlinien sowie in der internationalen Literatur steht beschrieben, dass bei neuropsychiatrischen Störungen wie Demenz, eine akute Verhaltensanalyse durchgeführt werden muss.

Bevor belastende Arzneimittel verschrieben werden, sollte eine Schmerztherapie durchgeführt werden. Anstelle von starken, körperlich belastenden Arzneimitteln, kann eine Schmerztherapie dem Patienten eventuell weiter helfen. Sollten diese Therapiemaßnahmen nicht wirkungsvoll erscheinen, kann zu Antipsychotika gegriffen werden. Jedoch ist es von Vorteil, mit der geringsten Dosis z.B. Risperidon, ein Arzneistoff für Neuroleptika, bei 0,5 mg/Tag anzufangen [vgl. Gertz/Stoppe/Müller-Oerlinghausen/Schmidt/Baethge/Hiemke/Lieb/Bschor 2013, 370f.].

Antidementiva werden ebenfalls bei Menschen mit dementiellen Syndromen eingesetzt. Sie sollen die Gedächtnisfunktion, Auffassungs-, Denk- und Konzentrationsfähigkeit verbessern. In Antidementiva befinden sich Substanzen wie Memantin und Cholinesterasehemmer, dadurch wird der Abbau vom Botenstoff Acetylcholin verlangsamt. Die Substanzen können die negativen Veränderungen der Krankheitssymptome hemmen und retardieren, dies führt zur Verbesserung des Krankheitsbildes, kann es jedoch nicht gänzlich beseitigen [vgl. Schweiger 2008].

Antidepressiva wurde in der Vergangenheit hauptsächlich bei Depressionen und ähnlichen psychischen Erkrankungen wie Zwangsstörungen oder bei Schmerzsyndromen eingesetzt. Nach ICD-10 sind die Hauptsymptome:

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Erhöhte Müdigkeit

Auslöser für die Symptome sind ein Mangel an Botenstoffen Dopamin, Noradrenalin und Serotonin im Gehirn. Da Depressionen auch organische Ursachen im Körper haben können, müssen die zunächst ausgeschlossen werden, damit eine medikamentöse Therapie erfolgen kann. Die Wirkung des Medikaments tritt progressiv auf, d. h. der Patient verspürt erst zu einem späteren Zeitpunkt eine positive Wirkung.

Die aufgeführten Medikationen, Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressiva sind in Altenpflegeheimen vertreten und kommen öfters als erforderlich zum Einsatz. Das Pflegepersonal beurteilt die Behandlung von Demenzkranken als anstrengende und kostenintensive Tätigkeit.

Zur Arbeitsentlastung werden den Patienten starke Medikamente verabreicht. Durch die Applizierung dieser Medikamente spart das Heim an Pflegepersonal, die Heimbewohner sind „ruhig gestellt“ und die Pharmaindustrie erzielt hohe Gewinne.

Diese Maßnahmen beschreibt Glaeske als Chemische Gewalt gegenüber hilflosen Menschen. Auch Hirsch, zuständig für Psychiatrie und Gerontologie besagt, dass in vielen Heimen eine Übermedikation mit Psychopharmaka herrsche [vgl. Dowideit 2012].

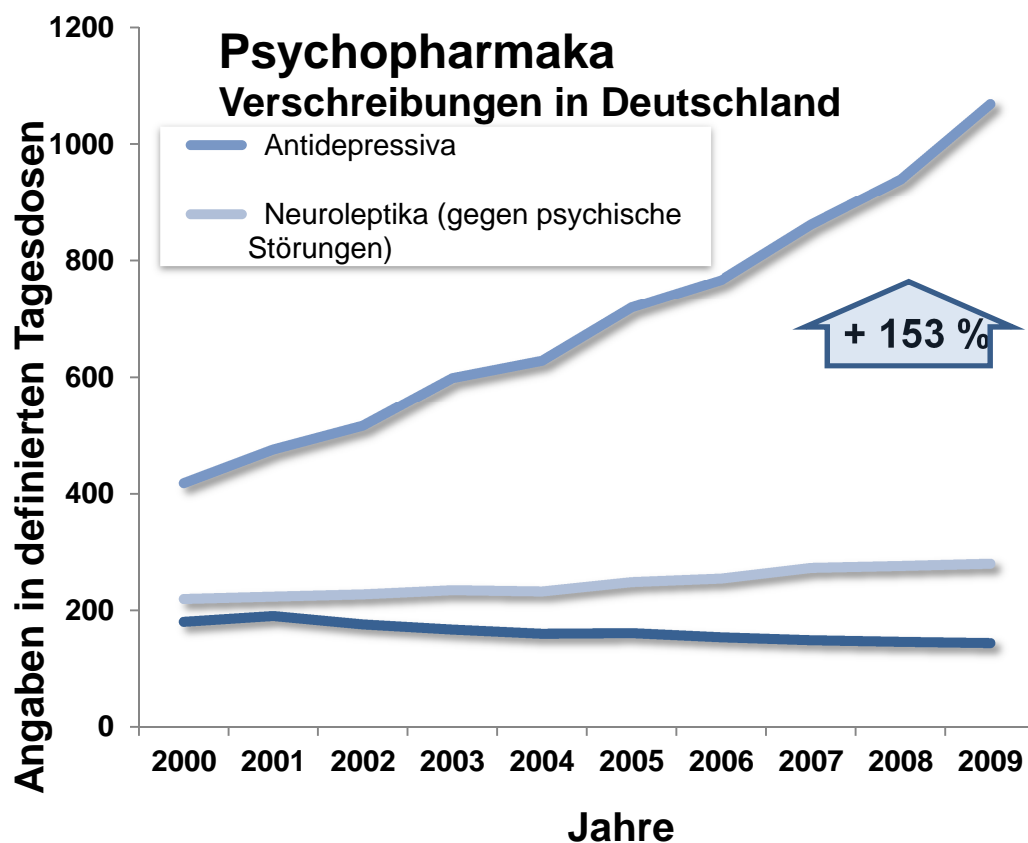


Abb. 11: Psychopharmaka Verschreibungen in Deutschland [Der Spiegel]

Psychopharmaka gehören zu den umsatzstärksten Medikamentengruppen und zu den am meisten verschriebenen Arzneimitteln in Altenpflegeheimen. Die Darstellung der Abb. 11 verdeutlicht den Verlauf der verordneten Tagesdosis von Psychopharmaka. In der Graphik werden Antidepressiva, Neuroleptika und Beruhigungsmittel veranschaulicht. Mit Abstand die häufigste Verschreibung erzielt laut Arzneimittelverordnungsreport das Antidepressiva, welches vom Jahr 2004 mit 419 Tagesdosen bis zum Jahr 2009 auf 974 Tagesdosen anstieg, das entspricht einer Steigerung von 153 %. Neuroleptika, bekannt auch als Antipsychotika, erzielten eine leichte Steigung von 2004 um 219 verordneten Tagesdosen und im Jahr 2009 auf 279. Antidepressiva und Antipsychotika werden in den kommenden Jahren immer weiter ansteigen aufgrund der älter werdenden Bevölkerung und deren Krankheitsbilder.

Die steigende Verordnung von Psychopharmaka sollte aus Sicht der Betroffenen nicht positiv betrachtet werden. Das Arzneimittel Neuroleptika bringt erhebliche Folgen von Nebenwirkungen mit sich bezüglich älteren und demenziellen Menschen. Infolge falscher Dosierung oder nur durch die Einnahme von Antipsychotika lassen sich Bewegungsstörungen, Apathie, Schluckstörungen und Wechselwirkungen aufweisen. Wechselwirkungen bei Heimbewohnern entstehen primär von zu schneller und hoher Dosierung [vgl. Die Zeit online-Ruhe auf Rezept].

Hauptursache für die Negativschlagzeilen von Psychopharmaka sind laut Gerontopsychiatern, die fehlende fachärztliche Präsenz sowie das Informationsdefizit. Auch das Pflegepersonal besitzt unzureichendes Wissen von Erkennung und Umgang mit neurologischen Erkrankungen. Für die hohen Verschreibungen von Psychopharmakaprodukten trägt hauptsächlich das Pflegepersonal in den Altenpflegeheimen bei. Überstürzte Anrufe beim Arzt und die exzessiven Beobachtungen und Schilderung durch das Pflegepersonal veranlassen den Arzt oft telefonisch dazu, diese Medikamente zu verabreichen. Jedoch dürfen Mediziner nicht ohne aufgeklärte Einwilligung des Patienten oder seinem rechtlich bestellten Betreuer behandeln. In 60 von 100 Fällen werden keine Einwilligungserklärungen von Patienten oder deren Vertreter eingeholt, welches strafrechtliche Folgen mit sich bringen kann [vgl. Die Zeit online-Ruhe auf Rezept].

5. Vergleich medikamentöser hausärztlicher und medikamentöser psychiatrischer Versorgung am Beispiel der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft

Der durchgeführte Vergleich sowie die im hier folgenden Kapitel aufgeführten Daten wurden der EVI-P Studie entnommen, welche sich mit der Evaluation des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der medizinischen Versorgung von Menschen in Pflegeheimen beschäftigt.

Das EVI-P Konzept soll zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Heimbewohner sowie einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegenden über einen längeren Zeitraum führen. Unterstützt werden die Projekte vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden Württemberg.

Im Einzelnen soll überprüft werden, ob die bisherigen und angedachten Maßnahmen zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung und Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen führte und zukünftig führen wird. Anhand dieser erforschten Daten sollen Maßnahmen gefunden werden, die den Verlust von Alltagskompetenzen herausgezögern und Krankenhausaufenthalte minimieren.

Bei der ärztlichen Untersuchung werden ein allgemeinmedizinischer und ein psychologischer Befund erhoben und ausgewertet. Mit Hilfe von bestehenden Dokumentationen von Projektteilnehmern bzw. Heimbewohnern werden die dokumentierten Angaben durch das Projektteam, bestehend aus Psychologen, verifiziert. Die Dauer der Untersuchung beträgt etwa 60 - 90 min und ist nach sechs, zwölf und 18 Monaten erneut durchzuführen.

Die durchgeführte EVI-P Studie wurde in Kooperation mit der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft durchgeführt.

Die Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft besteht aus vier städtischen Altenpflegeheimen, die seit 2000 ein Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Mannheim sind.

In nachfolgender Abbildung sind die vier Pflegeheime aufgeführt:

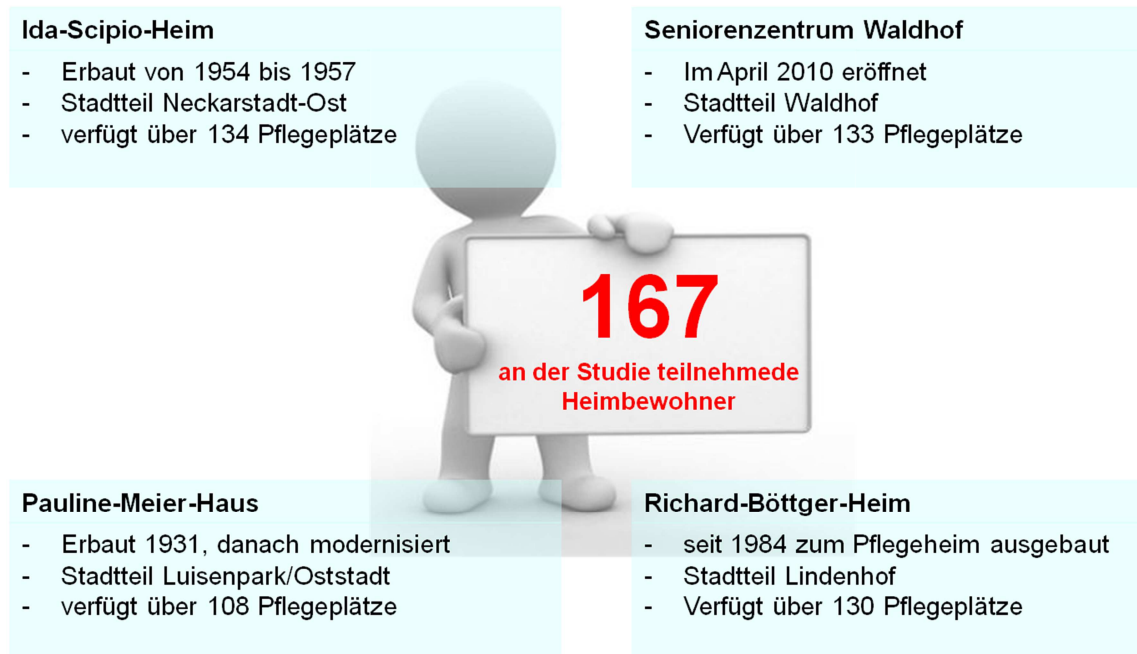


Abb. 12: Übersicht der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft [Eigene Darstellung]

Mit einer Gesamtanzahl von 505 Altenpflegeheimbewohnern aus 4 Pflegeheimen ist es das Ziel der EVI-P Studie, aussagekräftige Ergebnisse zur gegenwärtigen ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zu erhalten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 82,2 Jahre.

Unter den 505 Heimbewohnern befinden sich 167 Menschen, davon 117 Frauen und 50 Männer, die dazu eingewilligt haben an der EVI - P Studie teilzunehmen, um zu einer medizinischen Verbesserung in Heimen beizutragen.

Der Grund für die hohe Anzahl der Probandinnen ist, dass mehr Frauen in Altenpflegeheimen wohnen, sie haben eine höhere Lebenserwartung und sind meistens jünger als ihre Lebensgefährten. Somit werden die Männer meistens noch zu Hause von Ihren Partnerinnen gepflegt. Außerdem gibt es wegen der Kriegstoten weniger Männer in der Altersgruppe.

Bei der durchgeführten Studie sind keine unerwünschten Nebenwirkungen zu erwarten.

5.1. Medikamentöse Therapie durch Hausärzte

Die aktiven Hausärzte der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft verfügen über Grundkenntnisse der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Bei älteren Patienten ist die Vergabe von Arzneimitteln durchaus genauer zu betrachten. Die Verschreibung von Medikamenten sollte sowohl kritisch als auch als hilfreich angesehen werden.

Bei der Medikamentenverordnung ist folgendes zu berücksichtigen:

- Veränderungen der therapiebedürftigen Erkrankungen
- Gesundheitsveränderungen
- Pharmakokinetik und -dynamik

Die Pharmakokinetik beschreibt die behandelte Einwirkung eines eingenommenen Arzneimittels auf den Organismus von der Zeit der Einnahme bis hin zur Ausscheidung in Abhängigkeit der Zeit.

Die Pharmakodynamik wiederum beschreibt die Beziehung zwischen Dosis und Wirkung und demnach die Reaktivität eines Arzneimittels innerhalb des Organismus [vgl. Biochemische-Pharmakologie].

Dieser Wirkungsmechanismus unterscheidet sich von Patient zu Patient. Demnach muss der Hausarzt nicht nur die Reaktivität des verschriebenen Medikamentes sondern auch die individuelle Umgebung des Patienten berücksichtigen. Regelmäßige Visiten des Hausarztes sind daher erforderlich, um den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand des zu behandelnden Patienten zu beurteilen sowie die aufgetretenen Nebenwirkungen zu erfragen.

Auch die zusätzliche Einnahme von frei verkäuflichen Over The Counter (OTC) Arzneimitteln sollte bei der Verschreibung von anderen Medikamenten einkalkuliert werden [vgl. Deutsches Zentrum für Alterfragen 2002, 92].

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn unterschiedliche Krankheitsbilder bei einem Patienten gleichzeitig auftreten. Hierin besteht das Risiko von Wechselwirkungen und Interaktionen anhand der vielseitigen Einnahmen von Medikamenten [vgl. Meissnest 2009, 30f.].

Eine Umfrage der EVI-P Studie hat ergeben, dass etwa 33,0 % sowohl eine hausärztliche und/oder eine fachärztliche Versorgung erhalten. Daraus folgt, dass ca. 2/3 der gesamten Heimbewohner an zu geringer Versorgung durch Fachärzte leiden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die häufigsten geriatrischen Erkrankungen der Teilnehmer der EVI-P Studie auf, die von den Ärzten diagnostiziert wurden.

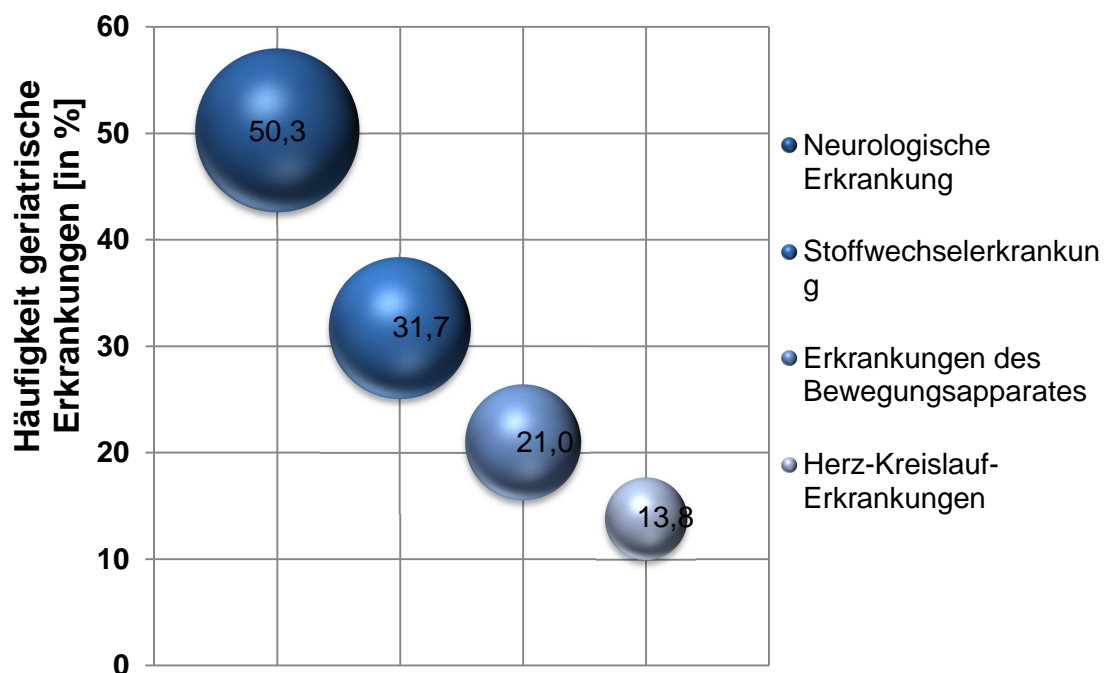


Abb. 13: Häufigkeit der geriatrischen Erkrankungen [Eigene Darstellung]

Aus der grafischen Darstellung der Erkrankungen lässt sich ableiten, dass ein gewisser Anteil der Personen mehr als nur eine Erkrankung aufweist. Von den teilnehmenden Patienten leiden „nur“ etwa 22 Personen unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Allein 70 Heimbewohner leiden unter Demenz, welches zwar nur eine, allerdings die schwerwiegendste Art der neurologischen Erkrankung darstellt. In Summe leiden über die Hälfte (50,6 %) der Teilnehmer an neurologischen Erkrankungen.

Diese Verteilung kann anhand der Medikamentenverordnung ebenfalls belegt werden. Bei den neurologischen Erkrankungen wurden sowohl psychische Störungen als auch Verhaltensstörungen mitberechnet. Zusammenfassend stellt sie die häufigste geriatrische Erkrankung dar.

Bei Anzeichen einer Demenz, wie z.B. Wortfindungsschwierigkeiten, ist der Hausarzt verpflichtet einen Mini-Mental-Status-Test (MMST) zur Orientierung durchzuführen, bevor die in den Leitlinien vorgeschlagene Arzneimittelverschreibung erfolgt. MMST zählt zu dem ältesten und allgemeinen bekanntesten Fragebogentests, um eine Demenz festzustellen. Dieser Test beinhaltet zehn individuelle Fragen und beansprucht ca. zehn Minuten. Der Patient wird über aktuelle zeitliche und räumliche Zustände befragt. Hierbei soll die Orientierung und Einschätzung des Patienten getestet werden. Es folgen Tests zur Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Richtigkeit, Erinnerungsfähigkeit und anschließend ein Sprach- und Schreibtest. Die gestellten Aufgaben empfindet ein geistig gesunder Mensch als einfach, bei einem Demenzkranken wird dies jedoch zur Herausforderung [vgl. Urban 2012, 264].

Wird eine Demenz anhand des MMST's festgestellt, wird eine bestimmte Dosierung von Psychopharmaka verordnet. Bei der regelmäßigen Kontrolle des Hausarztes erkundigt dieser sich nach den Nebenwirkungen, vertraut auf die Schilderung und Beobachtung von Dritten und kann dadurch die Dosierung der Psychopharmaka besser anpassen. Ältere psychisch erkrankte Menschen, insbesondere Demenzkranke, sind nicht in der Lage, Wirkung und Nebenwirkung zu schildern. Durch die falsche Dosierung von Psychopharmaka kann es im Körper zu verändertem Stoffwechsel bei älteren Menschen kommen. Diese kann sich wie folgt auswirken:

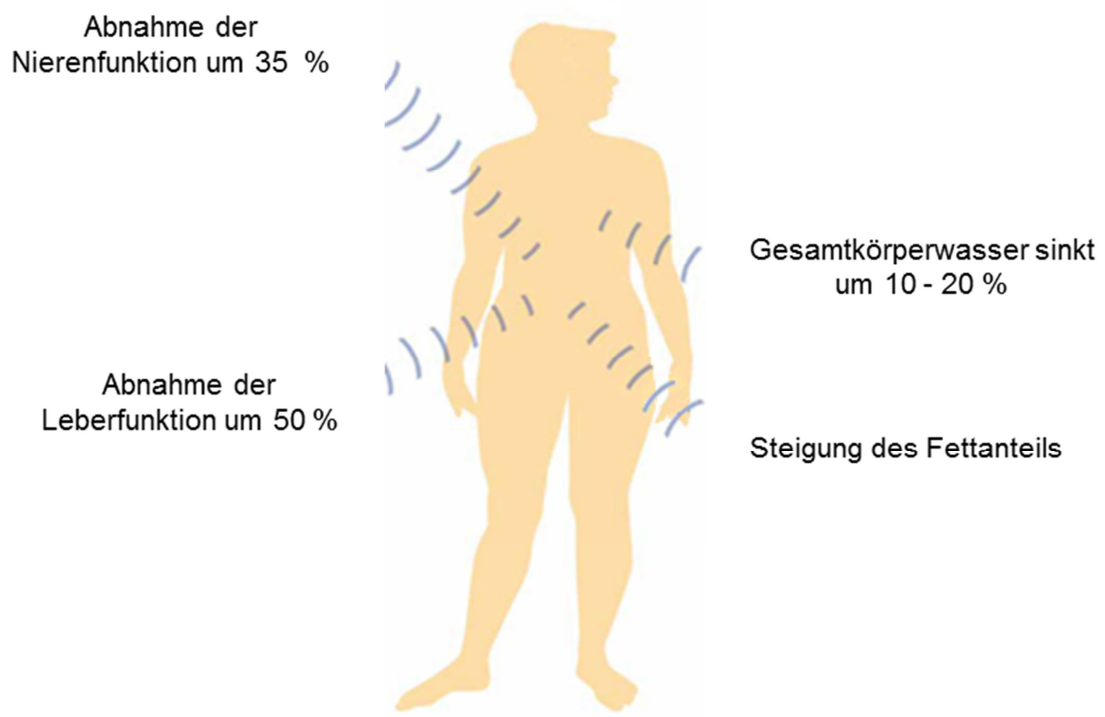


Abb. 14: Medikamente im Alter: Anderer Stoffwechsel andere Wirkung [Eigene Darstellung]

5.2. Medikamentöse Therapie durch den Psychiater

Die Heimbewohner der Mannheimer Altenpflegeheimen Gesellschaft haben ebenfalls die freie Arztwahl bei der Entscheidung des Psychiaters. Sie sind die wichtigsten Fachärzte in Heimen aufgrund ihrer gerontopsychiatrischen Betreuung. Eine psychiatrische Betreuung besteht immer im Zusammenhang mit der hausärztlichen Versorgung.

Die nachfolgende Darstellung zeigt, dass nur 55 von 167 Probanden regelmäßig von Psychiatern untersucht werden. Dabei reicht die Altersspanne der Personen, die sich einer psychiatrischen Behandlung unterziehen, von 64 bis zu 98 Jahren. Die nicht aufgeführten Jahresalter waren in der Umfrage nicht vertreten.

Es ist ein deutlicher Trend der psychiatrisch behandelten Probanden festzustellen, dass je älter die Personen werden, bei vergleichbarer Grundgesamtheit an Patienten, die Häufigkeit der psychiatrischen Versorgung ansteigt. Mehr als 27 % aller in psychiatrischer Behandlung befindlicher Personen sind zwischen 89 bis 93 Jahre alt und benötigen damit am häufigsten die psychiatrische Versorgung (siehe Abb. 15).

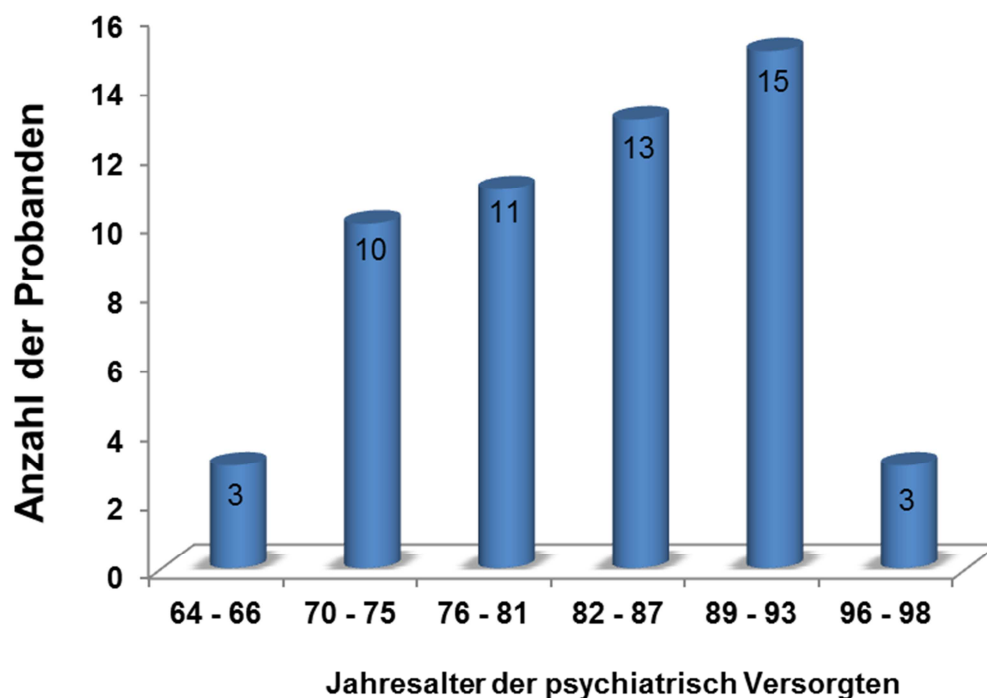


Abb. 15: Alter der Probanden mit psychischer Versorgung [Eigene Darstellung]

Die Wechselwirkungen von Medikamenten und die Wichtigkeit der Dosierung wurden bereits angesprochen. Damit geht auch die Verantwortung bei der Vergabe von Antidepressiva, Antidementiva und Antipsychotika einher, die ausschließlich durch Fachkräfte wie Psychiatern erfolgen sollte.

Auch die Diagnose von psychischen Erkrankungen, wie bspw. Demenz, sei den Psychiatern vorbehalten. Allerdings zeigt sich auch hier wieder der Mangelzustand an Fachkräften, da zu wenige Psychiater die Bewohner in Altenpflegeheimen, zum Nachteil der Betroffenen und Hausärzte, betreuen.

Um sicher zu stellen, ob und welche Art neurologischer Erkrankungen wie Demenz oder Depression beim Patienten vorliegt, wird vorab vom Psychiater eine Anamnese des Patienten durchgeführt oder auch neuropsychologische Tests wie bspw. ein MMST. Ein Test, der für die Beurteilung von Demenzkranken Verwendung findet, ist der Uhren-Test (siehe Abb. 16). Hierbei wird der geistige Zustand des Patienten anhand eines Zeichnungsergebnisses beurteilt. Der Proband hat die Aufgabe, eine Uhr freihändig mit der Hand zu zeichnen.

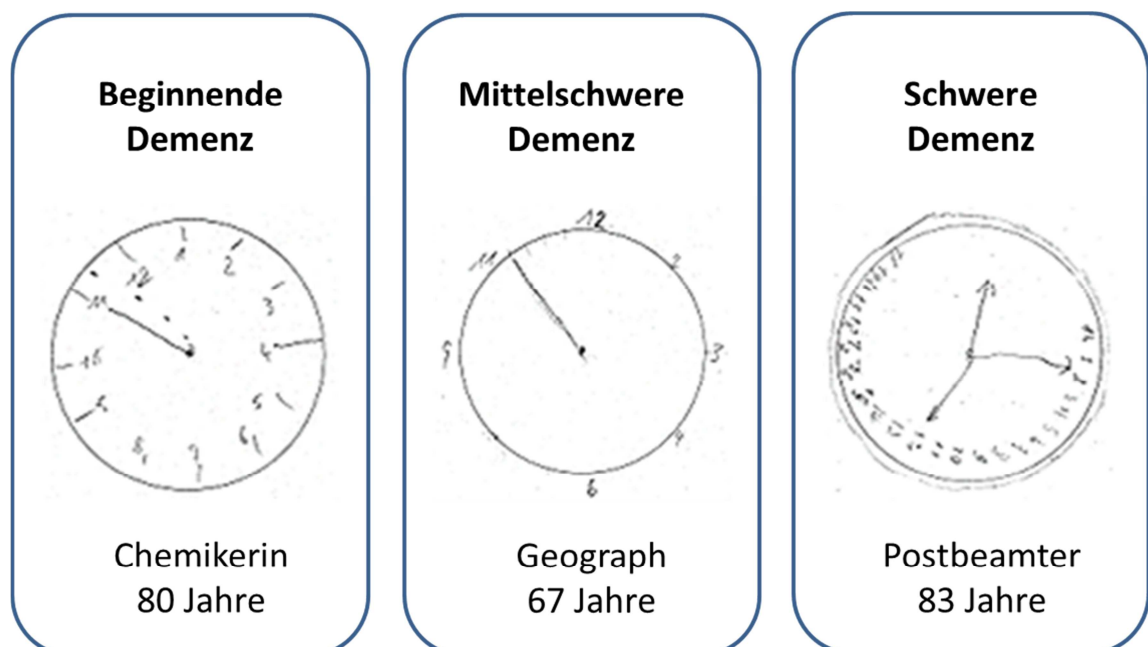


Abb. 16: Uhren-Test zur Feststellung einer Demenz [Klinikum-Uni-Heidelberg]

Ein weiterer Test, um den Fortschritt der Demenzerkrankung und somit den Schweregrad zu beurteilen, ist der Demenz–Detektion–Test. Bei diesem Test muss der Patient eine Liste von Wörtern wiedergeben, welche sich auf das Kurzzeitgedächtnis beziehen. Zum Schluss werden die gleichen Wörter abgefragt, die das Langzeitgedächtnis überprüfen sollen. Auch der Sprachfluss wird hierbei berücksichtigt [vgl. Neurologen-Psychiater-im-Netz].

Die Bestimmung des Demenzschweregrades kann ebenfalls über die Verschlechterung des Krankheitsbildes erfolgen. Diese Methodik macht sich der Beurteilung nach der Global Deterioration Scale (GDS) zunutze, welche auf einer von Reisberg angefertigten Tabelle basiert. Hierbei wird der Schweregrad in sieben Stadien unterteilt (siehe Tab. 4). In jedem Stadium werden die Primärsymptome sowie der Vergleich „Alter, in dem die Kinder, die Fähigkeit erwerben“ und der Schweregrad, angefangen von keiner Demenz bis zur sehr schweren Demenz, aufgeführt.

Stadium	Primärsymptome	Alter, in dem die Kinder die Fähigkeit erwerben	Schweregrad
I	• Kleine Symptome		Normal
II	• Vergesslichkeit		leichte kognitive Beeinträchtigung
III	• Versagen in komplexen Aufgaben in Beruf und Gesellschaft	18 Jahre	sehr leichte Demenz
IV	• Familie und Freunde nehmen Defizite wahr; benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Einladungen, Buchhaltung)	12 - 16 Jahre	leichte Demenz
V	• Benötigt Hilfe bei einfachen Tätigkeiten (z.B. Wahl der Kleidung); agitiert	6-8 Jahre	mittelschwere Demenz
VI	• Kann nicht mehr für sich selbst sorgen; Hilfe notwendig bei:	≤ 5 Jahre	schwere Demenz
	• Ankleiden, Baden	4 Jahre	
	• Toilettengang	3,5 Jahre	
	• Urininkontinenz	2 - 3 Jahre	
	• Stuhlinkontinenz	2 Jahre	
VII	• Verlust von Bewusstsein, Sprache, Motorik, Tod	≤ 2 Jahre	sehr schwere Demenz
	• Sprechvermögen bei 6 Worten	1 Jahr	
	• kann nicht mehr sprechen		
	• kann nicht mehr gehen	1 Jahr	
	• kann nicht mehr sitzen	1 Jahr	
	• kann nicht mehr lachen	6 Monate	
	• kann nicht mehr den Kopf halten	1 - 4 Monate	

Tab. 4: Einteilung des Demenzschweregrades nach GDS [Reisberg]

Von den 167 innerhalb der EVI-P Studie an Demenz erkrankten Probanden bekommen 166 Heimbewohner der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft Antidementiva verschrieben (siehe Abb. 17). Jeweils 5 Probanden leiden an den Demenzschweregraden III, V, VI, und VII. 3 Probanden sind vom Schweregrad IV betroffen und jeweils eine Person an den Demenzschweregraden I und II.

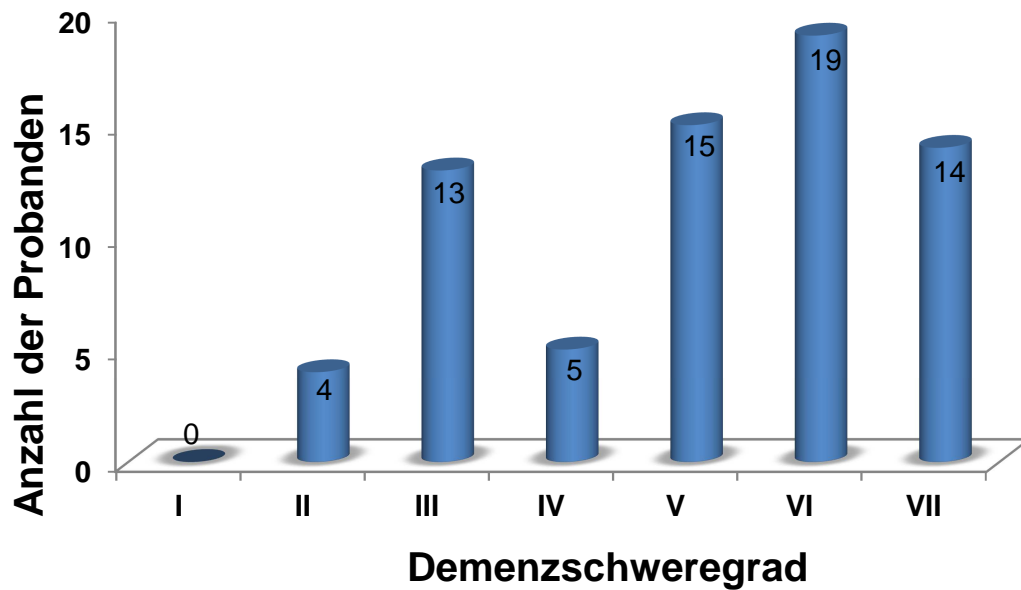


Abb. 17: Übersicht des Demenzschweregrades der Heimbewohner [Eigenen Darstellung]

5.3. Vergleich beider Fachgruppen

Viele Hausärzte verschreiben Psychopharmaka, obwohl dies die Aufgabe des Psychiaters sein sollte. Nur wenige Heimbewohner haben einen Psychiater, der sie regelmäßig betreut, was wiederum den Eingriff des Hausarztes rechtfertigt. Ist ein Hausarzt und Psychiater für einen Heimbewohner zuständig, sollte eine problemlose Zusammenarbeit erfolgen. Gegenwärtig kommt es immer häufiger zu Missverständnissen beider Fachgruppen aufgrund von mangelhafter bzw. nicht vorhandener Kommunikation. Eine Absprache zur Intervention, Vorschlägen oder Durchführung einer medikamentösen Therapie und Fallbesprechungen sind erforderlich.

Der Psychiater muss versuchen, die medizinische Versorgung des Hausarztes nicht zu beeinträchtigen. Durch die langjährige Begleitung und Betreuung des Hausarztes hat er sich zu einer Bezugsperson des Patienten entwickelt. Dadurch erhält der Patient sein Selbstwertgefühl und seine Individualität aufrecht, wovon der Psychiater ebenfalls profitiert [vgl. Balme-Leupold, 2001]. Eine Kooperation zwischen Hausärzten und Psychiatern findet statt, wenn das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten kritisch, eine Noteinweisung erforderlich oder eine Verschlechterung der bereits bestehenden Erkrankung zu verhindern ist. Bis zu diesem Zeitpunkt obliegt der Patient der medizinischen Versorgung und Betreuung des Hausarztes. Psychiater müssen sich intensiver und ausreichend an notwendigen primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen beteiligen. Eine Übersicht präventiver Maßnahmen zeigt die nachfolgende Abbildung [vgl. Höwler 2004, 330].



Abb. 18: Einteilung der präventiven Maßnahmen [Eigene Darstellung]

An nachfolgender Abbildung wird die Vergabe von Psychopharmaka von Hausärzten und Psychiatern am Beispiel der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft veranschaulicht.

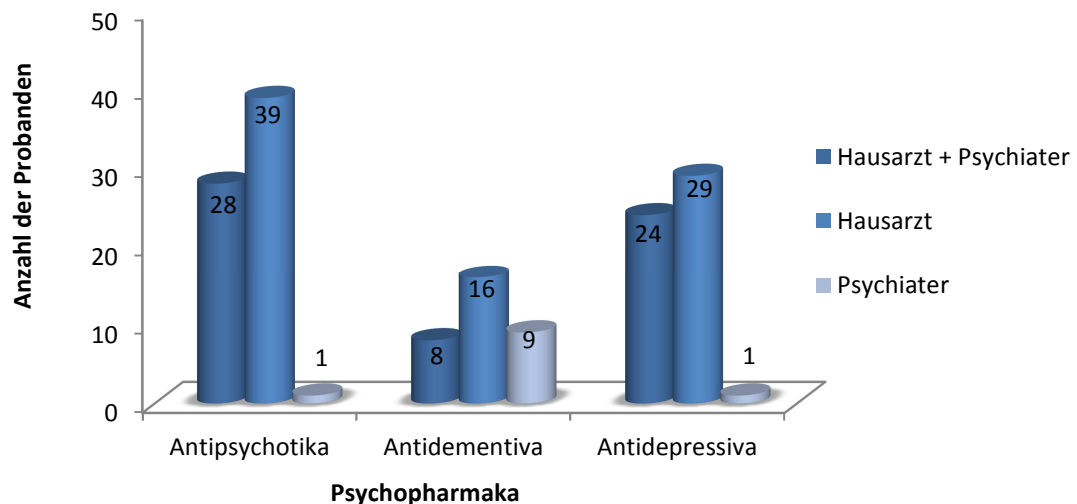


Abb. 19: Verordnung von Psychopharmaka beider Fachgruppen [Eigene Darstellung]

Die Arzneimittelgruppe der Antipsychotika wurde 68 Heimbewohnern verschrieben. 28 der Probanden erhalten vom Hausarzt und Psychiater das Antipsychotika, 39 Teilnehmer nur vom Hausarzt und nur einer durch den Psychiater.

Die Arzneistoffe der Antidementiva nehmen nach Angaben der Studie acht Bewohner in Absprache von Hausarzt und Psychiater ein, 16 Probanden in Absprache mit ihrem Hausarzt und neun Heimbewohner in Absprache mit ihrem Psychiater.

Eine letzte wichtige Medikamentengruppe der Psychopharmaka, das Antidepressiva, wurde 24 Probanden in gegenseitiger Kooperation von Hausarzt und Psychiater verabreicht. 29 werden nur vom Hausarzt versorgt und der behandelnde Psychiater verschreibt nur einer Person ein Antidepressivum.

Resultierend aus Abb.19 wird neurologische Medikation primär durch den Hausarzt ausgeführt. Ein Zusammenarbeiten beider Fachgruppen findet nach Auswertung der EVI-P Studie nur selten statt. Die Versorgung mit Psychopharmaka durch Psychiater findet sehr selten statt.

Ebenso wird deutlich, welches Psychopharmaka am häufigsten verschrieben wird. In der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft wird am meisten Antipsychotika verschrieben, wie auch andere Studien belegen. Darauf folgen die Gruppen der Antidepressiva sowie die der Antidementiva.

Für beide Fachgruppen gilt bei der Verschreibung von Medikamenten:

„Die Behandlung muss sich nach den neuesten Erkenntnissen der Medizin richten. Sie muss vorsichtig erfolgen (Einschleichen von Medikamenten), und sie muss die im Alter veränderte körperliche Verarbeitung von Medikamenten berücksichtigen“ [Bär 2008, 225].

Durch Lobbyisten und Wettbewerbsbeschränkungen, unter anderem durch Kooperationen zwischen Psychiater und Pharmaunternehmen, werden die eigentlichen Bedürftigen, die Patienten, nachhaltig geschädigt. Dies geschieht besonders dann, wenn Pharmaunternehmen mit Ärzten oder Vertriebsgesellschaften zusammenarbeiten und diese in Forschung investierten Summen sich dann über den Verkauf einer einseitigen Produktempfehlung beim Patienten amortisieren.

Die dazu führenden Nachteile der Patienten sind, dass ein Psychiater das werbende Produkt verschreiben muss. Neben der vertraglichen Vereinbarung des Arztes gegenüber dem Vertragspartner, steht dem Patienten andererseits eine einwandfreie Behandlung zur Verfügung. Infolgedessen entstehen Interessenkonflikte, welche zur schlechteren Versorgung führen kann, denn der beauftragte Mediziner des vertreibenden Unternehmens verschreibt womöglich Arzneimittel, für die er sich vorher niemals eingesetzt hätte.

Bei der Medikamentenvergabe haben sowohl Ärzte als auch Psychiater die dafür vorgesehenen gesetzlichen Richtlinien sowie die medizinischen Leitlinien einzuhalten. In den medizinischen Leitlinien können Ärzte bei Unsicherheit nachlesen, wie eine spezielle Erkrankung zu behandeln ist. Viele Fachgruppen, darunter auch Psychiater, erklären sich bereit, bei der Forschung und Entwicklung bestimmter Leitlinien mitzuwirken [vgl. Blech 2011, 116f.].

5.4. Expertenbefragung

Nachdem nun die Randbedingung der durchzuführenden Studie aufgezeigt wurde, ebenso die teilnehmenden Probanden in Ihrer gesundheitlichen Verfassung beschrieben wurden, folgt in diesem Abschnitt der praktische Teil dieser Arbeit.

Ziel der Expertenbefragung ist es, den erarbeiteten Theorieteil durch die Selbsteinschätzung und die Meinung der Experten zu vergleichen. Dabei soll im Besonderen der Standpunkt der Experten zum Thema ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen aufgezeigt sowie eine erste Aufklärung durchgeführt werden.

Die Auswertung soll Verbesserungspotenziale für die ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen aufzeigen.

Um das Thema der Bachelorarbeit „Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen“ besser zu verdeutlichen, wurde ein Fragebogen an engagierte Ärzte der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft versendet. Die Expertenbefragung richtet sich an unterschiedliche Fachgruppen in der Medizin, wie Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, Psychiatern und Urologen. Somit kann die Meinung von verschiedenen Fachgruppen bewertet werden.

Der auszufüllende Fragebogen beinhaltet insgesamt acht Alternativfragen, also eine Mischform an offenen und geschlossenen Fragen [vgl. Frage-Formen]. Diese sollen dem Befragten die Möglichkeit geben, sowohl analytisch auswertbare Aussagen als auch inhaltlich präzisere Fakten mitzuteilen.

Die Fragen beziehen sich auf die am häufigsten kritisierten und auftretenden Missstände bei der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen. Nach anfänglicher Verallgemeinerung erhöht sich der Konkretisierungsgrad der Fragen. Nachfolgende Fragen wurden den Experten gestellt:

1. Wie viele Heimbewohner betreuen Sie regelmäßig?
2. Wie oft führen Sie Visite im Altenpflegeheim durch?
3. Wie schätzen Sie Ihre geriatrischen Kenntnisse ein?
4. Wie schätzen Sie die geriatrischen Kenntnisse Ihrer Kollegen ein?
5. Sollten die Heimbewohner Ihrer Ansicht nach bei den geriatrischen Krankheitsbildern mehr medikamentös oder mehr durch alternative Therapiemaßnahmen behandelt werden?
6. Sollten die Medikamente Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva vom Hausarzt oder vom Psychiater verschrieben werden?
7. Worauf berufen Sie sich bei der Entscheidung, ein Medikament zu verschreiben?
8. Was halten Sie von ärztlichen Versorgungsmodellen in Altenpflegeheimen? (Darunter ist zu verstehen: Einführung von regelmäßigen festen Visiten, Verbesserung der Kommunikation mit Pflegepersonal und Kliniken, Verbesserung der haus- und fachärztlichen Erreichbarkeit, Bereitstellung von Bedarfsmedikation)

Die Ergebnisse der Ärztebefragung wurden anonym ausgewertet. Bei dieser Untersuchung wurden nur das Geschlecht, Alter und Fachrichtung der Ärzte evaluiert.

5.5. Ergebnis der Expertenbefragung

Allgemein kann nur eine sehr schwache Rücklaufquote von etwa 11 % bei der Expertenbefragung festgehalten werden. Insgesamt wurde 35 Ärzten der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft ein Fragebogen per E-Mail zugeschickt. Hierbei wurde auf das Ziel der Befragung sowie die Thematik verwiesen. Auf Anfragen dieser elektronischen Post meldete und äußerte sich kein Mediziner.

Um die Güte einer verlässlichen Befragung zu erhöhen wurden zudem alle Praxen telefonisch kontaktiert. Allerdings hielten sich auch hier die Begeisterung sowie die Rückmeldung in Grenzen. Als Gründe für die geringe Teilnahme wurden überwiegend mangelndes Interesse des Arztes an der Umfrage teilzunehmen bzw. mitgeteilt, eine E-Mail nicht erhalten zu haben.

Beim persönlichen Erscheinen in der Praxis mit ausgedrucktem Bewertungsbogen waren vier Ärzte bereit, diesen auszufüllen.

Das Ergebnis der Beteiligung zeigt, dass mit hohem Aufwand, geringer Erreichbarkeit und mangelnde kommunikative Unterstützung der Ärzte die hier vorgestellten Daten zu lesen sind. Dessen ungeachtet sind von vier bewerteten Befragungen (siehe Anhang C; D; E; F) das Geschlecht, Alter und Fachgruppen unterschiedlich. Zwei der Ärzte sind weiblich und zwei männlich. Das Alter beträgt zwischen 46 - 66 Jahre. Folgende Fachgruppen sind vertreten:

- 1 Allgemeinmedizinerin
- 2 Internisten
- 1 Psychiaterin / Neurologin

Im Folgenden werden nun die Antworten der Fachgruppen auf die ausgewählten Fragen aufgezeigt.

Frage 1: Wie viele Heimbewohner betreuen Sie regelmäßig?

Die Allgemeinmedizinerin betreut dabei 15 Patienten. Internist I versorgt 40 Bewohner. Internist II betreut wiederum 25 und mit 200 Patienten liegt die Psychiaterin/Neurologin mit Abstand über dem Durchschnitt. Somit betrug das Ergebnis 15 bis 200 Bewohner (siehe Tab. 6). Dies ergibt einen Durchschnitt von 70 betreuten Bewohnern pro Arzt.

Frage 2: Wie oft führen Sie Visite im Altenpflegeheim durch?

Die Allgemeinmedizinerin gab einmal pro Monat und teilweise auch nur einmal pro Quartal an. Der erste Internist leistet einmal in der Woche eine ärztliche Visite ab. Der zweite Internist führt alle zwei Wochen eine Visite durch und obwohl die Psychiaterin/Neurologin eine hohe Patientenanzahl betreut, tätigt sie einmal im Monat Besuche - dies aber nur wenn Bedarf besteht.

Fragen 3,4: Wie schätzen Sie Ihre geriatrischen Kenntnisse und die Ihrer Kollegen ein?

Alle befragten Ärzte schätzen die eigenen geriatrischen Kenntnisse als gut ein und die Kompetenz der Kollegen wird gut bis mäßig eingestuft. Das bedeutet, dass der Wissensstand im Bereich ärztlich-geriatrischer Versorgung verbessert werden sollte und allgemein ein Mangel an geriatrischen Fachkenntnissen der Ärzte vorliegt (siehe Tab. 6).

Frage 5: Sollten die Heimbewohner Ihrer Ansicht nach bei den geriatrischen Krankheitsbildern mehr medikamentös oder mehr durch alternative Therapiemaßnahmen behandelt werden?

Bei der fünften Frage beantworten alle Mediziner, dass die Behandlung von gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern mehr durch nichtmedikamentöse Therapien behandelt werden sollten, um die negativen Wechselwirkungen zu vermeiden. Die Psychiaterin/Neurologin sieht beide Therapiemaßnahmen als sinnvoll an (Tab. 6). Hierzu konnten weitere Vorschläge geäußert werden, Empfehlungen wie Ergotherapie, Beschäftigungstherapie und eins zu eins Betreuung sind genannt worden.

Frage 6: Sollten die Medikamente Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva vom Hausarzt oder vom Psychiater verschrieben werden?

Alle Mediziner wählten den Psychiater, nur Internist II kreuzte sowohl Psychiater als auch Hausarzt an (siehe Tab. 6). Mit der Begründung, dass bei unmittelbarem Bedarf der Hausarzt Psychopharmaka verschreiben kann, später aber eine Überprüfung durch den Psychiater stattfindet.

Frage 7: Worauf berufen Sie sich bei der Entscheidung ein Medikament zu verschreiben?

Bei dieser Frage stehen sechs Antwortmöglichkeiten zur Auswahl, bei dem sowohl eine als auch mehrere Aussagen getroffen werden können. Alle befragten Mediziner zählen auf die Beobachtung der Schwester und ihrer persönlichen sowie beruflichen Erfahrung. Zwei von vier gehen nach dem Risiko-/ Nutzenabwägung Verhältnis, das heißt, sie schauen, ob der Nutzen des Arzneimittels die Risiken überwiegt. Die Sicherheit des Bewohners zu gewährleisten bezieht nur ein Internist in die Medikamentenentscheidung mit ein.

Frage 8: Was halten Sie von ärztlichen Versorgungsmodellen in Altenpflegeheimen?

Hinsichtlich einer Antwort gilt es vorab das „ärztliche Versorgungsmodell“ näher zu umschreiben. Im Genaueren umfasst es die nachfolgenden Aufgabengebiete:

- Regelmäßige und feste Visiten
- Verbesserung der Kommunikation mit Pflegepersonal und Kliniken
- Verbesserung der haus- und fachärztlichen Erreichbarkeit
- Bereitstellung von Bedarfsmedikation

Überwiegend würden alle Ärzte bei dem Versuch eines Versorgungsmodells in Altenpflegeheimen mitzuwirken, sich engagieren. Nur die Allgemein-medizinerin ist von diesem Konzept nicht überzeugt. Bei einer angemessenen Honorarvergütung wäre sie aber nicht abgeneigt.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse wird in der nachfolgenden Tabelle abgebildet.

Fachgruppe/ Fragenkategorie	Allgemeinmedizinerin	Internist I	Internist II	Psychiaterin/Neurologin
Betreuung der Heimbewohner	15	40	25	200
Stattdfinden der Visite	Einmal pro Monat/Quartal	Einmal pro Woche	Alle zwei Wochen	Einmal pro Monat bei Bedarf
Geriatrischen Kenntnisse	Gut	gut	gut	gut
Geriatrischen Kenntnisse der Kollegen	Mäßig	gut	mäßig	gut
Medikamentöse oder nicht medikamentöse Therapie	Nicht medikamentöse Therapie	Nicht medikamentöse Therapie	Nicht medikamentöse Therapie	Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie
Verschreibung von Psycho-pharmaka von Hausarzt oder Psychiater	Psychiater	Psychiater	Psychiater und Hausarzt	Psychiater
Entscheidung der Medikamentenver-	-Schwestern - Erfahrung - Risiko/Nutzenabwägung	-Schwestern - Erfahrung	-Schwestern - Erfahrung - Risiko/Nutzenabwägung	-Schwestern - Erfahrung
Ärztliche Versorgungs- modelle	-Nicht überzeugt - Höhe Honorarvergütung	Würde sich engagieren	Würde sich engagieren	Würde sich engagieren

Tab. 5: Ergebnisdarstellung der Expertenbefragung [Eigene Darstellung]

Nach Aufzeigen der Rückmeldungen der teilnehmenden Ärzte wird nun das Ergebnis bewertet und analysiert. Das Resultat der Befragung ist aufgrund der geringen Rücklaufquote nur als Stichprobe anzusehen. Die Befragung zeigt, dass alle befragten Ärzte nicht vergleichbar in beruflicher Hinsicht handeln und denken.

Bei der Visite der Heimbewohner verfolgt jeder Arzt einen anderen Rhythmus des Versorgungsablaufs. Das bedeutet, dass nicht einheitlich festgehalten ist, wie oft ein betreuender Arzt seine Patienten zu Routinekontrollen im Pflegeheim besucht. Die Fachärzte schätzen ihre Fachkenntnisse im Bereich Geriatrie als positiv ein. Von keinem der befragten Ärzte werden zurzeit Weiterbildungsmaßnahmen geplant oder durchgeführt.

Alle befragten Ärzte würden eine nicht medikamentöse Therapie gegenüber einer Medikamententherapie vorziehen, jedoch wird dies selten bis gar nicht angewendet.

Es zeigt sich, dass es einen allgemeinen Mangel an psychiatrischer Behandlung durch einen Facharzt gibt. Dieser sollte, wie von allen befragten Ärzten bestätigt, die Psychopharmaka verordnen und die Betreuung der Patienten übernehmen.

Die EVI-P Studie widerspricht diesem. In der Altenpflegeheimen Mannheim Gesellschaft, werden momentan Psychopharmaka von Hausärzten verschrieben und nicht wie vorgesehen, von Psychiatern.

Die Auswertung der Fragen hat gezeigt, dass die betreuenden Hausärzte sehr viel Vertrauen auf die Aussagen und Beobachtungen der Pflegefachkräfte setzten. Oftmals reichen 10 - 20 min. pro Patient nicht aus, um einen fundierten Eindruck vom Patienten zu bekommen.

Bei der hier durchgeführten Umfrage mittels des Ärztefragebogens sowie einer wissenschaftlich angemessenen Bewertung der aufgezeigten Problematik ist es neben der Bewertung der Ärzte zwingend erforderlich, auch ein Gefühl der Einschätzung der Öffentlichkeit zu erhalten.

Betrachtet man nun die Aussagen der Ärzte auf der einen Seite und im Vergleich dazu die Meinung der Öffentlichkeit, zeigen sich folgende Beziehungen:

Frage	Bewertung der Ärzte	Meinung der Öffentlichkeit	Übereinstimmung
1	n.b.	n.b.	n.b.
2	Positive Antwort	Negative Antwort	✗
3	Positive Antwort	Negative Antwort	✗
4	Negative Antwort	Negative Antwort	✓
5	Negative Antwort	Positive Antwort	✗
6	Positive Antwort	Negative Antwort	✗
7	Positive Antwort	Positive Antwort	✓
8	Positive Antwort	Negative Antwort	✗

Tab. 6: Antworten im Vergleich zur Aussage der Öffentlichkeit und der befragten Ärzte
[Eigene Darstellung]

Die positive Antwort bedeutet, dass die richtige Antwort in der Frage angekreuzt wurde, die für eine vorbildliche ärztliche Versorgung beiträgt. Negative Antworten stimmen nicht mit der Vorstellung der ärztlichen Versorgung überein.

Stellt man nun die jeweiligen Antworten gegenüber, erscheint ein grüner Haken bei einer Übereinstimmung und wenn nicht, ein rotes Kreuz.

Die in Tabelle 6 dargestellten Antworten zeigen in 5 von 7 Fragen eine Diskrepanz zwischen ärztlichen und öffentlichen Meinungen. Durch die geringe Rücklaufquote ist die Meinungsverschiedenheit nicht ausreichend dokumentiert. Dennoch ist eine Tendenz ersichtlich, um die medizinische Versorgung von Ärzten zu optimieren [Vgl. Kritik der Öffentlichkeit].

6. Erfolgsfaktoren, Handlungsempfehlungen und Zukunftsperspektiven

Aus den aufgezeigten Ergebnissen der Umfrage sowie den daraus gewonnenen Erkenntnissen wird in diesem Kapitel dargestellt, welche Verbesserungspotenziale sich hieraus ergeben und wie diese nachhaltig umgesetzt werden können. Es werden neben Handlungsempfehlungen auch Zukunftsperspektiven aufgezeigt

6.1. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Die Untersuchung der ärztlichen Versorgung hat gezeigt, dass Bewohner in Altenpflegeheimen einer mangelhaften gesundheitstechnischen Versorgung unterliegen. Viele Einrichtungen bemühen sich, das Wohlbefinden und die dazugehörige Versorgung der Bewohner zu gewährleisten. Altenpflegeheime sind und bleiben Einrichtungen, die meist das letzte Zuhause von Menschen sind, die mit Hilfe von Mitarbeitern ihr Leben in einem fürsorglichen Rahmen bis zum Lebensende verbringen sollen.

Während der Recherche zu der vorliegenden Arbeit und bei der Durchführung von Experteninterviews wurde deutlich, dass die Thematik „Ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen“ noch nicht ausreichend behandelt bzw. umgesetzt wird.

Für eine adäquate ärztliche Versorgung in Heimen, „[...]“, fehlen bisher flächendeckende, dauerhafte verlässlich funktionierende Strukturen“ [Kojer/Schmidl 2011, 206].

Die Expertenbefragung von Ärzten zum Thema der ärztlichen Versorgung in Altenpflegeheimen ergab wie erwartet, unterschiedliche Antworten von verschiedenen Ärztegruppen. Die Kritik an der mangelnden Anzahl sowie Fachkenntnis von Hausärzten und Fachärzten konnte nicht zweifelsfrei niedergelegt werden. Vergleicht man die Aussagen von Angehörigen der Heimbewohner, Schriftsteller, Medizinjournalisten, anderer Ärzte sowie einige Studien mit den Ergebnissen der Expertenbefragung, stimmen die Antworten in geringem Umfang überein. Auch die EVI-P Studie, die sich mit der Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft auseinandersetzt, bewertet die ärztliche Versorgung als verbesserungswürdig.

Um positive Veränderungen zu einer vorbildlich medizinischen Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen den Ärzten und Pflegefachkräften zu garantieren, können folgende Handlungsempfehlungen vorgeschlagen werden:

- Vereinbarung regelmäßiger und mit den Pflegefachkräften abgestimmte Visiten. Eine 24 Stunden Rufbereitschaft der Ärzte an Wochenenden, Feiertagen und außerhalb der Sprechzeiten ist anzustreben.
- Sicherstellung sowie Aktualisierung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz durch Fort- und Weiterbildungen.
- Hinzuziehung des zuständigen Facharztes bei einer stattfindenden medikamentösen Therapie von Hausärzten. Hierdurch kann eine Überprüfung in den Bereichen Dauer, Dosierung sowie Indikation besser erreicht werden.
- Kooperation von Ärzten und dem Sozialen Kulturellen Dienst, der verantwortlich ist für die Beschäftigungstherapie in Altenpflegeeinrichtungen bei nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen. Detaillierte Darlegung und Archivierung positiv sowie negativ anfallender Ereignisse um den Therapieverlauf genauer verfolgen zu können.
- Vereinbarung regelmäßiger Visiten durch Fachärzte sowie der direkte Kontakt mit dem behandelnden Hausarzt.
- Bei Medikamentenvergabe der Ärzte sind neben den Beobachtungen der Pflegefachkräfte auch weitere Einflussfaktoren wie die Befragung des Bewohners sowie die Information von Angehörigen und Betreuern einzubeziehen. Regelmäßig durchführende geriatrische Assessments von Ärzten wären zur Selbsteinschätzung und Verlauf des Krankheitsbildes des Bewohners sinnvoll.
- Eine Bereitstellung von Behandlungsräumen mit den dazu notwendigen Ausstattungen für Ärzte bzw. Fachärzte in Heimen, um eine ordnungsgemäße ärztliche Versorgung gewährleisten zu können, ist ebenfalls zielführend.

Bei einer intensiven Betreuung von Heimbewohnern wäre eine angemessene Vergütung, die an die Ärzte gezahlt wird, wünschenswert. Durch erfolgreiche ärztliche Versorgungsmodelle profitieren anhand Einsparungen bei Krankenhausaufenthalten und Krankentransporten primär Krankenkassen und andere Leistungsträger.

6.2. Zukunftsperspektiven

Die optimale Rollenverteilung von Fach- und Hausärzten stellt in der ärztlichen Versorgung von Altenpflegeheimen bei Heimbewohnern eine Herausforderung dar. Die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen hängt sehr stark vom Gesundheitszustand und der medizinischen Versorgung ab.

Nur mit hohem Engagement und angemessener Vergütung der ärztlichen Leistung können motivierte Mitarbeiter des Heimes sowie Mediziner eine erfolgreiche und nachhaltige Versorgung erreichen. Der Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften und Ärzten kann bspw. durch Einstellung neuer oder auch ausländischer Fachkräfte mit guten Fach- und Sprachkenntnissen ausgeglichen werden.

Eine Vielzahl von ärztlichen Versorgungsmodellen müssten nicht angestrebt, sondern auch umgesetzt werden. Ein positiver Aspekt für die Einführung solcher Modelle ist eine anhaltende Steigerung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen und die Gewährleistung für die sichere Betreuung des Pflegepersonals. Die niedergelassenen Ärzte können nach eigenen Vorstellungen und Wünschen die Versorgung der Bewohner insoweit organisieren, sofern sie mittels Planung und Kommunikation die Kosten reduzieren und unter produktiven Arbeitspaketen ihre ökonomischen Ziele erreichen.

Ebenso könnte in Altenpflegeheimen ein festeingestellter Betriebsarzt mit geriatrischen- und gerontopsychiatrischen Fachkenntnissen fünf Tage die Woche Unterstützung anbieten. Das Pflegepersonal hätte bei dringenden Fragen, bezüglich der zu betreuenden Bewohner, sofort einen kompetenten Facharzt vor Ort und die Pflegefachkräfte wären juristisch besser abgesichert. Unnötige ärztliche Anforderungen von außerhalb würden wegfallen, schnellere fachkompetente Diagnosen könnten gestellt und eine langfristig erfolgreiche Betreuung der ärztlich zu versorgenden Bewohner erzielt werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Monographien

Bär, Marion (2008): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten. 2. Aufl. Hannover.

Bockenheimer-Lucius, Gisela/Dansou, Renate/Sauer, Timo (2012): Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption. Frankfurt am Main.

Böhme, Franz/Füsgen, Ingo (2008): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien, Köln, Weimar.

Dapp, Ulrike (2008): Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart.

Deuschl, Günther/Reichmann, Heinz (2006): Gerontoneurologie. Stuttgart.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2002): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover.

Dowideit, Anette (2012): Endstation Altenheim. Alltag und Missstände in der deutschen Pflege. München.

Fischer-Böroid, Cornelia/Krumme, Frederike (2007): Arthrose. Hannover.

Fischer-Böroid, Cornelia/Zettl, Siglind (2006): Herzinfarkt. Visite Die Gesundheitsbibliothek. Hannover.

Fussek/Claus, Schober/Gottlob (2009): Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäft gemacht wird. München.

Geisler, Linus (2006): Innere Medizin. Stuttgart.

Hansen, Werner (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Stuttgart.

Hallauer, Johannes/Bienstein, Christel/Lehr, Ursula/Rönsch, Hannelore (2005): SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover.

Heidinger, Isabella (2010): Das Prinzip Mütterlichkeit - geschlechterübergreifende soziale Ressource. Gegenstandstheoretische und handlungsorientierte Perspektiven. Wiesbaden.

Höwler, Elisabeth (2004): Gerontopsychiatrische Pflege. 2. Aufl. Hannover.

Kerres, Andrea/Seeberger, Bernd (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Heidelberg.

Kieslich, Sabine (2008): Demenz der Angehörigenratgeber. München.

Krämer, Günter/Förstl, Hans (2008): Alzheimer und andere Demenzformen. 5. Aufl. Stuttgart.

Menche, Nicole/Klare, Tilmann (2005): Innere Medizin. 4. Aufl. München.

Neurath, Markus F./Lohse, Ansgar (2011): Checkliste Anamnese und klinische Untersuchungen. 3. Aufl. Stuttgart.

Schaade, Gudrun/Kubry-Lüke, Beate (2005): Demenz Alzheimer- Erkrankung. Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen. Idstein.

Schaade, Gudrun (2008): Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. 4. Aufl. Heidelberg.

Schneider, Frank (2008): Klinikmanual. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Heidelberg.

Schwegler, Johann/Lucius, Runhild (2011): Der Mensch. Anatomie und Physiologie. 5. Aufl. Stuttgart.

Steidl, Sigfried/Nigg, Bernhard (2008): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. 2. Aufl. Wien.

Trebert, Martin (2008): Psychiatrische Altenpflege. Ein praktisches Lehrbuch. 5. Aufl. Weinheim, Basel.

Wettstein, Albert/Augustin, Matthias (2001): Checkliste Geriatrie. Checklisten der aktuellen Medizin. 2. Aufl. Stuttgart.

Willkomm, Martin (2013): Praktische Geriatrie. Klinik – Diagnostik - Interdisziplinäre Therapie. Stuttgart.

Von Bose, Alexandra/Terpstra, Jeannette (2012): Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg.

Sammelbände

Andrea, Susanne/von Hayek, Dominik (2011): Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege. In: Weniger, Jutta: Prävention, Rehabilitation und Palliation. Stuttgart. 120-144

Fischer, Gisela C./Aeffner, Karl-H./Karst, Matthias et al. (2002): Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. In: Junius-Walker, Ulrike: Gesundheitsprobleme im Alter als Grundlage des hausärztlichen Versorgungsbedarf. Hannover. 16-21

Geber, Christian/Thömke, Frank (2012): Klinisch-neurologische Untersuchungstechniken. In: Urban, Peter P. (Hrsg.): Kognitive Störung. Stuttgart. 261-269

Juchli, Liliane/Kellnhauser, Edith/Schoolmann, Silke et al. (2004): Pflege. Professionalität erleben. In: Kieschnick, Henry: Arbeitsfelder der Pflege. Stuttgart. 100-110

Kojer, Marina/Bausewein, Claudia/Sramek, Gunvor/Gutenthaler, Ursula et al. (2011): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. In: Schmidl, Martina: Recht auf „chronische“ Heimärztinnen. Wien. 206-208

Lauber, Annette/Karter, Marion/Heienberg, Anja et al. (2012): Grundlagen beruflicher Pflege. In: Hammer, Astrid/Maurer, Brigitte/Kobbert, Elke: Pflegeprozess und Pflegequalität. Stuttgart. 161-220

Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner/Von Förne, Ingolf et al. (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. In: Schäufele, Martina/Köhler, Leonore/Lode, Sandra/Weyerer, Siegfried: Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. Stuttgart. 159-219

Szeimies, Rolf-Markus/Hauschild, Axel/Garbe, Claus et al. (2010): Tumoren der Haut. Grundlagen, Diagnostik und Therapie in der dermatologischen Onkologie. In: Augustin, Matthias: Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien. Stuttgart. 69-75

Thielscher, Christian/Reiners, Hartmut/Blum, Karl et al. (2012): Medizinökonomie. Das System der medizinischen Versorgung. In: Schran, Paul: Pflege und Pflegemanagement. Wiesbaden. 401-434

Zeitschriften

Blech, Jörg (2011): Medizin. Seelsorge für die Industrie. In: Der Spiegel 20/2011. 16-18

Hibbeler, Birgit (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Deutsches Ärzteblatt 48/2007. 19

Randzio, Ottilie (2006): Hausärztliche Versorgung in Pflegeheimen. In: Bayerisches Ärzteblatt 9/2006. 450

Wolter, Dirk K. (2009): Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 22/2009. 17-56

Internet

Altenpflegeheime Mannheim Gesellschaft

URL: <http://www.altenpflegeheime-mannheim.de/> (Stand: 07.06.2013)

AWMF – Leitlinien 1

URL: <http://www.awmf.org/leitlinien.html> (Stand: 30.06.2013)

Badische Zeitung

URL: <http://www.badische-zeitung.de/gesundheit-ernaehrung/der-herr-doktor-macht-sich-rar-warum-den-altenheimen-die-aerzte-ausgehen--30825929.html> (Stand: 20.05.2013)

Balme-Leupold, Margrit (2001): Heimpsychiater in Alters- und Pflegeheimen.

URL: <http://www.mafraba.ch/alterspsychiatrie/heimpsychiater.htm> (Stand 10.07.2013)

Berufsbeschreibung des Pflegemanagements:

URL: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r2/blobs/pdf/archiv/8788.pdf>
(Stand: 26.04.2013)

Biochemische-Pharmakologie

URL: http://campus.doccheck.com/uploads/tx_dcmedstudscripts/3316_pharmakokinetik.pdf (Stand: 13.06.2013)

BIVA-Interessenvertretung

URL: <http://www.biva.de/index.php?id=544#c686> (Stand: 03.05.2013)

BMBF - Ältere Menschen

URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aeltere-menschen.php> (Stand: 02.05.2013)

BMBF - Herz-Kreislauf-Erkrankungen

URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/herz-kreislauf-erkrankungen.php>
(Stand: 10.05.2013)

BMBF - Demenz

URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/demenz-wenn-vergesslichkeit-zur-krankheit-wird.php> (Stand: 16.05.2013)

BV-Geriatrie

URL: <http://www.bv-geriatrie.de/> (Stand: 26.05.2013)

Deutscher Berufsband für Pflegeberufe

URL: <http://www.dbfk.de/download/download/ICN-Definition%20der%20Pflege%20-%20ICN%20deutsch%20DBfK.pdf> (Stand: 10.07.2013)

DEBInet

URL: <http://www.ernaehrung.de/tipps/adipositas/adip10.php> (Stand: 12.06.2013)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie e.V. (2007): Strukturen gerontopsychiatrischer Versorgung.

URL: http://www.dggpp.de/documents/gp_struk.pdf (Stand: 10.07.2013)

DGE-Adipositas

URL: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=1259> (Stand: 14.05.2013)

Die Zeit online - Ruhe auf Rezept

URL: <http://www.zeit.de/2009/07/N-Neuroleptika/seite-3> (Stand: 23.06.2013)

Dowideit Anette (2012): Chemische Gewalt setzt Demenzkranke außer Gefecht.

URL: <http://www.welt.de/wirtschaft/article13944535/Chemische-Gewalt-setzt-Demenz-kranke-ausser-Gefecht.html> (Stand: 10.07.2013)

Frage-Arten

URL: <http://www.wernerhahn.de/offene-fragen-geschlossene-fragen-suggestivfragen/> (Stand: 11.06.2013)

Schweiger, Hans-Dieter (2008): Antidementiva gegen den schleichenden Abbau.

URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=6531> (01.07.2013)

Geriatrische Vorsorgeuntersuchung BMBF - Demenz

URL: www.geriatrie-drg.de/agast/scr.doc (Stand: 10.07.2013)

Gesundheitsstrukturgesetz BMBF - Demenz

URL: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/gesundheitsstrukturgesetz/gesundheitsstrukturgesetz.htm> (Stand: 20.05.2013)

Gichtbehandlungen

URL: <http://www.gichtbehandlung.com/gicht-ursachen> (Stand: 10.07.2013)

Grundlage-Leitlinien

URL: <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/aufgaben-ziele> (Stand: 23.05.2013)

Hexal - Angina pectoris

URL: <http://www.herz.hexal.de/erkrankungen/koronare-herzkrankheit/angina-pectoris.php?hxsessionid=e0e7020a5577478aeebea0d2500429b8> (Stand: 10.5.2013)

Hexal - Herz-Kreislauf

URL: <http://www.herz.hexal.de/erkrankungen/koronare-herzkrankheit/herzinfarkt.php?hxsessionid=e0e7020a5577478aeebea0d2500429b8>
(Stand: 20.05.2013)

Hibbeler, Birgit (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Von Kooperationen profitieren alle.

URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/57760/Aerztliche-Versorgung-in-Pflegeheimen-Von-Kooperationen-profitieren-alle> (Stand: 07.05.2013)

Hofmann, Irmgard (1999): Ärztliche und pflegerische Verantwortung: Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert.

URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/20591/Aerztliche-und-pflegerische-Verantwortung-Partnerschaftlicher-Dialog-ist-gefordert> (Stand: 06.05.2013)

ICN-Begriffsdefinition Pflege

URL: http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8663::Krankenpfleger
(Stand: 22.04.2013)

Kompetenznetz-Adipositas

URL: <http://www.kompetenznetzadipositas.de/menue/kompetenznetz.html> (Stand: 14.05.2013)

Kritik der Öffentlichkeit

URL: <http://www.diakonie.de/media/Texte-2007-11-Versorgung-Pflegeheim.pdf> (Stand: 13.07.2013)

URL: http://www.fherfurt.de/soz/fileadmin/SO/Dokumente/Lehrende/Schmidt_Roland_Prof_Dr/Publikationen/Heimaerztliche_Versorgung.pdf (Stand: 13.07.2013)

Kulzer, Bernhard (2012): Der Nationale Diabetesplan für Deutschland - Sachstand 2012.

URL: http://www.kompetenznetz-diabetes-mellitus.net/images/files/Eroeffnung_DDG-2012_nationaler%20Diabetesplan_Kulzer%20Kompatibilitaetsmodus.pdf
(Stand: 10.07.2013)

Leitlinie Demenz

URL: www.degam.de/uploads/media/kurzversion_demenz_002.pdf
(Stand: 09.07.2013)

MBF-Schlaganfall

URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4528.php> (Stand: 12.05.2013)

MDK-Pflegequalität

URL: <http://www.mdk.de/323.htm> (Stand: 21.05.2013)

Medizinfo - Arthrose

URL: <http://www.medizinfo.de/rheuma/arthrose/risikofaktoren.shtml> (Stand: 30.05.2013)

Medizinfo - Qualitätssicherung

URL: <http://fp-medizinfo.fhd.de/quality/html/basics1.html> (Stand: 30.05.2013)

Neurologen-Psychiater-im-Netz

URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?id=3&nodeid=21&p=5> (Stand: 22.06.2013)

Pflegebedürftigkeit in Deutschland

URL: <http://www.insm.de/insm/Publikationen/Dossiers/Soziales/INSM-Dossier-Pflegeversicherung/Chronik-der-Pflegeversicherung.html> (Stand: 14.07.2013)

Pflegeversicherungsgesetz

URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=186984.html> (Stand: 25.04.2013)

pqsg - Das Altenpflegemagazin im Internet

URL: <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-apoplex.htm> (Stand: 21.05.2013)

Ratgeber - Diabetes mellitus

URL: <http://www.diabetes mellitus.net/> (Stand: 14.05.2013)

Selbsthilfe-Demenz

URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/der-verein.html> (Stand: 12.06.2013)

Schulz, Ralf-Joachim (2012): Geriatrie: Vermeidung des Drehtüreffekts.

URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/124885/Geriatrie-Vermeidung-des-Drehtuereffekts> (Stand: 08.05.2013)

Therapie - Psychische Störungen:

<http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/psychische-stoerungen-im-alter/> (Stand: 22.05.2013)

Van den Bussche, Hendrik/Weyerer, Siegfried/Schäufele, Martina et al. (2012): Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland - Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien.

URL: <http://www.online-zfa.de/article/die-aerztliche-versorgung-von-pflegeheimbewohnern-in-deutschland/originalarbeit-original-papers/2009/06/102> (Stand: 10.07.2013)

Anhang

Anlagenverzeichnis

Anhang A Geriatischer Assessment Bewertungsbogen.	78
Anhang B Kurzversion Leitlinie Demenz	79
Anhang C Expertenbefragung Allgemeinmedizinerin	81
Anhang D Expertenbefragung Internist I	83
Anhang E Expertenbefragung Internist II	85
Anhang F Expertenbefragung Psychiaterin/Neurologin	87

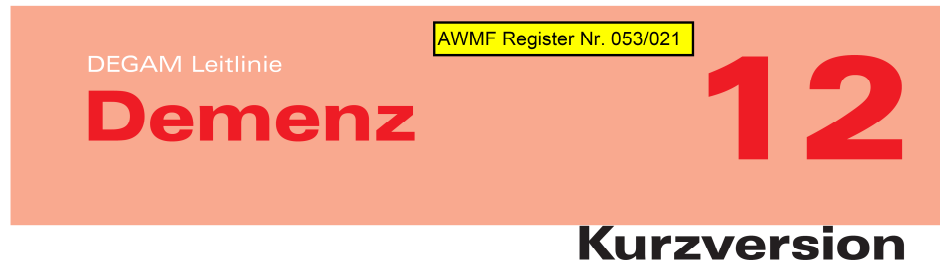
Anhang A Geriatriischer Assessment Bewertungsbogen

[Geriatriische Vorsorgeuntersuchung]

Nr.	Problem	Untersuchung	Auffällig (pathologisch)	X
1.	Sehen	Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage	
2.	Hören	Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 – 1 – 9 Rechtes Ohr: 2 – 7 – 3	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	
3.	Arme	1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	
4.	Beine	Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen	Keine Aufgabe kann selbständig ausgeführt werden	
5.	Blasenkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?	Antwort JA	
6.	Stuhlkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?	Antwort JA	
7.	Ernährung	Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person	Unter- oder Übergewicht	
8a.	Kognitiver Status	Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschließend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch		
8b.	Kognitiver Status	Frage: Welche Begriffe (8a) haben Sie sich gemerkt?	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	
9.	Aktivität	Fragen: - Können Sie sich selbst anziehen? - Können Sie mindestens eine Treppe steigen? - Können Sie selbst einkaufen gehen?	Mindestens eine NEIN-Antwort	
10.	Depression	Frage: Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?	Antwort JA (oder ggf. Eindruck)	
11.	Soziale Unterstützung	Frage: Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?	Antwort NEIN	
12.	Allg. Risiko	Frage: Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?	vor weniger als drei Monaten	
13.		Frage: Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?	Antwort JA	
14.		Frage: Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?	Antwort JA	
15.		Frage: Leiden Sie häufig unter Schmerzen?	Antwort JA	
	Auswertung:		Anzahl auffällige Ergebnisse:	<u> </u>

Anhang B Kurzversion Leitlinie Demenz

[Leitlinie Demenz]



Definition

Demenz (syn. Hirnleistungsstörungen) umfasst ein ätiologisch heterogenes klinisches Syndrom, das durch erworbene Einbußen von intellektuellen Fähigkeiten und Gedächtnis imponiert. Die Alzheimer (-70%) und die vaskuläre Demenz (-20%) sind die häufigsten Formen. Neben kognitiven Defiziten sollte zur Stellung der Diagnose mindestens eine weitere der folgenden Störungen vorhanden sein:

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: Beeinträchtigung motorischer Aktivitäten
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen
- Störung der Exekutivfunktionen, z.B. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Abwendbar gefährliche Verläufe

! Reversible Demenzursachen (z.B. Intoxikationen, Delir, Schilddrüsenerkrankungen, Normaldruck-Hydrozephalus, Vitaminmangel) oder therapierbare Differentialdiagnosen (z.B. Depression) sowie Begleiterkrankungen (z.B. Dekubitus)

! Erhöhte Verletzungs- und Unfallgefahr, z.B. im Straßenverkehr

Falls es Patient/Situation zulassen, sollte einem Verdacht auf Demenz nachgegangen werden Ⓢ.
Kein generelles Demenz-Screening bei älteren Personen, sondern Entscheidung im Einzelfall Ⓢ.

Hausärztliche Diagnostik

Anamnese und körperliche Untersuchung Ⓢ	
Eigen- und Fremdanamnese • Verhaltens-/Persönlichkeitsveränderung • Medikamenten- und Alkoholkonsum • Depression und Begleiterkrankungen • bestehende Risikofaktoren	Fokus der körperlichen Untersuchung • neurologische Defizite • Schwerhörigkeit • Hypothyreose • Unter-/Fehlernährung
Psychometrische Tests und erweiterte Diagnostik	
Einsatz von Testverfahren, z.B. Ⓢ • Mini-Mental-Status-Test (MMST) • Demenz-Detektionstest (DETECT) • Uhrzeit-Zeichnen-Test (UZT)	Laboruntersuchungen Ⓢ • Blutbild, Glukose, TSH, B12, Elektrolyte • Urin-Teststreifen • weitere bei Bedarf, z.B. Kreatinin, Folsäure, Leberwerte
Bildgebende Verfahren Ⓢ • bei allen unklaren, untypischen oder rasch progredienten Verläufen • zur Diagnosesicherung • unter 65 Jahren	Kardiovaskuläre Risikofaktoren Ⓢ • Assessment • EKG • Pulskontrolle

Schweregradeinteilung

Schweregrad	Kognition	Lebensführung	Mini-Mental-Test
leicht	Komplizierte Aufgaben nicht mehr möglich	Eingeschränkt, aber möglich	unter 23-24
mittel	Einfache Aufgaben nur teilweise lösbar	Auf Hilfe angewiesen	unter 20
schwer	Gedankengänge nicht mehr nachvollziehbar	Selbstständige Lebensführung aufgehoben	unter 10

Stand 2008 ©omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Gesprächsführung	Schnittstellen
Im Gespräch mit Demenzpatienten verschieben sich die Schwerpunkte von inhaltlichen Aspekten hin zu Beziehungsaspekten. Im ärztlichen Gespräch sind die Vermittlung von Ruhe, Geduld und didaktische Wiederholungen sinnvoll ③.	Eine enge Kooperation mit Pflegenden ist anzustreben ③. Überweisung zum Fachspezialisten bei ③. • bleibender Unsicherheit über Diagnose bzw. Therapie • zusätzlichem Hilfsbedarf • Wunsch von Patienten oder Angehörigen • (starker) Depression

Therapie

Eine Kausaltherapie der Alzheimer oder vaskulären Demenz existiert nicht. Ziele sollten deshalb eine Verzögerung der Progression und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen sein. Dazu eignet sich ein multimodales Behandlungskonzept auf drei Ebenen ③.

Pflege und Gestaltung des Umfeldes	Positive Effekte, wenn Umfeld und Pflege den Bedürfnissen und Gefühlen der Demenzkranken entsprechen ③. Pflegende Angehörige sollten über Hilfsangebote informiert werden, z.B. Angehörigengruppen, Kurzzeitpflege, Beratungsstellen etc ③. Werden Betreuungspersonen unterstützt, bessert sich auch die Situation der Patienten ③.
Nicht-medikamentöse Therapie	Der Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen beim Demenzkranken versucht, bestehende Fähigkeiten zu erhalten. Dabei hat das Training von alltäglichen Fertigkeiten einen vorteilhaften Einfluss auf den Krankheitsverlauf ③. Die Studienlage reicht nicht aus, um ein oder mehrere Verfahren zu favorisieren, sodass das lokale Angebot entscheidend ist ③.
Medikamentöse Therapie	Bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer Demenz ist der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) zu erwägen ③. Alle Antidementiva weisen nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit auf ③. Die Wirkung sollte alle 3-6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren inklusive der Befragung von Patient und Betreuern evaluiert und bei rascher Progredienz überdacht werden ③. Im schweren Stadium ist das Medikament abzusetzen ③. Bei der mittelschweren bis schweren Alzheimer Demenz kann der Einsatz von Memantine als individueller Behandlungsversuch erwogen werden ③. Andere Antidementiva (Ginkgo, Piracetam, Nimodipin etc) können nach heutiger Studienlage nicht empfohlen werden ③. Therapie vaskulärer Risikofaktoren (z.B. Hypertonie) ③.

Therapie nichtkognitiver Störungen (z.B. Agitation, Psychose)

Strukturiertes Vorgehen in drei Schritten ③:

1. Optimale Umgebung und Pflege (Auslöser wie Medikamente, Schmerzen etc. beachten)
2. Nichtmedikamentöse Therapien
3. Medikamentöse Therapie erst als ultima ratio!
Verzicht auf Benzodiazepine
Bei Agitation, Psychose: Neuroleptika (cave: erhöhte Schlaganfallinzidenz)

Stärke der Empfehlungen:

- ③ basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
- ③ basiert auf sonstigen Studien
- ③ basiert auf Konsensaussagen oder Expertenurteilen

Autoren: H.C. Vollmar, P. Mand, M. Butzlaff
Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: S. Brockmann, A. Wollny, M. Beyer
Stand 2008 ©omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Anhang C Expertenbefragung Allgemeinmedizinerin

[Eigene Darstellung]

Ärztefragebogen

Geschlecht: _____

☒ w

☐ m

Alter: _____

46 Jahre

Fachrichtung: _____

☒ Allgemeinmediziner

☐ Psychiater

☐ Internist

☐ Urologe

☐ Neurologe

☐ _____

1. Wie viele HeimbewohnerInnen betreuen Sie regelmäßig?

15 Heimbewohner

2. Wie oft führen Sie Visite im Altenpflegeheim durch?

☐ einmal pro Woche

☒ einmal pro Quartal

☐ alle zwei Wochen

☐ einmal im Jahr

☒ einmal pro Monat

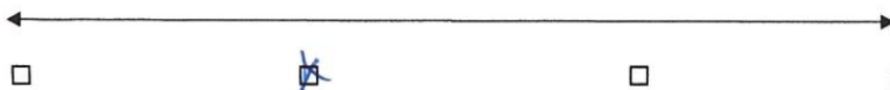
3. Wie schätzen Sie Ihre geriatrischen Kenntnisse ein?

Sehr gut

gut

mäßig

keine Kenntnisse



Anhang D Expertenbefragung Internist I

[Eigene Darstellung]

Ärztefragebogen

Geschlecht: ☐ w ☒ m

Alter: 47 Jahre

Fachrichtung:

☐ Allgemeinmediziner

☐ Psychiater

☒ Internist

☐ Urologe

☐ Neurologe

☐ _____

1. Wie viele HeimbewohnerInnen betreuen Sie regelmäßig?

40 Heimbewohner

2. Wie oft führen Sie Visite im Altenpflegeheim durch?

☒ einmal pro Woche

☐ einmal pro Quartal

☐ alle zwei Wochen

☐ einmal im Jahr

☐ einmal pro Monat

3. Wie schätzen Sie Ihre geriatrischen Kenntnisse ein?

Sehr gut

gut

mäßig

keine Kenntnisse

←—————→

☐ ☒ ☐ ☐

4. Wie schätzen Sie die geriatrischen Kenntnisse Ihrer Kollegen ein?

Sehr gut	gut	mäßig	keine
Kenntnisse			

5. Sollten die HeimbewohnerInnen Ihrer Ansicht nach, bei den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern mehr medikamentös oder mehr durch nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen behandelt werden?

☐ Medikamente ☒ nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen

weitere Vorschläge: _____

6. Sollten Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva vom Hausarzt oder vom Psychiater verschrieben werden?

☐ Hausarzt ☒ Psychiater

7. Worauf berufen Sie sich bei der Entscheidung ein Medikament zu verschreiben?

☒ Beobachtung von Seiten der Schwester

☒ persönliche und berufliche Erfahrung

☐ Sicherheit des Bewohners zu gewährleisten

☐ Risiko-/Nutzenabwägung☐ Vorhandensein von Alternativen

☐ den Leitlinien zufolge

8. Was halten Sie von ärztlichen Versorgungsmodellen in Altenpflegeheimen?

(Darunter ist zu verstehen: Einführung von regelmäßigen festen Visiten, Verbesserung der Kommunikation mit Pflegepersonal und Kliniken, Verbesserung der haus- und fachärztlichen Erreichbarkeit, Bereitstellung von Bedarfsmedikation)

☒ ich würde mich dafür engagieren

☐ bin davon nicht überzeugt☐ kommt auf die Honorarvergütung an

Anhang E Expertenbefragung Internist II

[Eigene Darstellung]

Ärztefragebogen

Geschlecht: _____

☐ w

☒ m

Alter: _____

60

_____ Jahre

Fachrichtung:

☐ Allgemeinmediziner

☐ Psychiater

☒ Internist

(Phasenleiter)

☐ Urologe

☐ Neurologe

☐ _____

1. Wie viele HeimbewohnerInnen betreuen Sie regelmäßig?

25

Heimbewohner

2. Wie oft führen Sie Visite im Altenpflegeheim durch?

☐ einmal pro Woche

☐ einmal pro Quartal

☒ alle zwei Wochen

☐ einmal im Jahr

☐ einmal pro Monat

3. Wie schätzen Sie Ihre geriatrischen Kenntnisse ein?

Sehr gut

gut

mäßig

keine Kenntnisse



4. Wie schätzen Sie die geriatrischen Kenntnisse Ihrer Kollegen ein?

Sehr gut
Kenntnisse

gut

mäßig

keine



5. Sollten die HeimbewohnerInnen Ihrer Ansicht nach, bei den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern mehr medikamentös oder mehr durch nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen behandelt werden?

☐ Medikamente☒ nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen

weitere Vorschläge:

(zu viele Ind. wegen evtl. negativer
bedeutungsvoller Vermessung)

6. Sollten Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva vom Hausarzt oder vom Psychiater verschrieben werden?

☒ Hausarzt☐ Psychiater

→ Wenn genügend Zeit vorhanden ist
folgt zweite Überprüfung durch Bydank

7. Worauf berufen Sie sich bei der Entscheidung ein Medikament zu verschreiben?

☒ Beobachtung von Seiten der Schwester

- ☒ persönliche und berufliche Erfahrung

- Sicherheit des Bewohners zu gewährleisten

- ☐ Risiko-/Nutzenabwägung

☐ Vorhandensein von Alternativen

☐ den Leitlinien zufolge

8. Was halten Sie von ärztlichen Versorgungsmodellen in Altenpflegeheimen?

(Darunter ist zu verstehen: Einführung von regelmäßigen festen Visiten, Verbesserung der Kommunikation mit Pflegepersonal und Kliniken, Verbesserung der haus- und fachärztlichen Erreichbarkeit, Bereitstellung von Bedarfsmedikation)

☒ ich würde mich dafür engagieren

☐ bin davon nicht überzeugt

☐ kommt auf die Honorarvergütung an

4. Wie schätzen Sie die geriatrischen Kenntnisse Ihrer Kollegen ein?

Sehr gut	gut	mäßig	keine
Kenntnisse			

5. Sollten die HeimbewohnerInnen Ihrer Ansicht nach, bei den gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern mehr medikamentös oder mehr durch nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen behandelt werden?

☒ Medikamente ☒ nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen

weitere Vorschläge: 1 zu 1 Betreuung

6. Sollten Antipsychotika, Antidementiva und Antidepressiva vom Hausarzt oder vom Psychiater verschrieben werden?

☐ Hausarzt ☒ Psychiater

7. Worauf berufen Sie sich bei der Entscheidung ein Medikament zu verschreiben?

☒ Beobachtung von Seiten der Schwester

☒ persönliche und berufliche Erfahrung + Befund

☐ Sicherheit des Bewohners zu gewährleisten

- ☐ Risiko-/Nutzenabwägung

☐ Vorhandensein von Alternativen

☐ den Leitlinien zufolge

8. Was halten Sie von ärztlichen Versorgungsmodellen in Altenpflegeheimen?

(Darunter ist zu verstehen: Einführung von regelmäßigen festen Visiten, Verbesserung der Kommunikation mit Pflegepersonal und Kliniken, Verbesserung der haus- und fachärztlichen Erreichbarkeit, Bereitstellung von Bedarfsmedikation)

wird bereits praktiziert

☒ ich würde mich dafür engagieren ☐ bin davon nicht überzeugt

☐ kommt auf die Honorarvergütung an

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname